Revista Psiquiátrica Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana



Volumen 1 *Número 2*

Diciembre, 1957

Revista Psiquiátrica Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Volumen 1 *Número 2*

Diciembre, 1957

Revista Psiquiátrica Peruana

ORGANO DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA PERUANA

VOLUMEN 1 DICIEMBRE, 1957 No. 2

Publicada por la Asociación Psiquiátrica Peruana

Huancavelica 470, — LIMA - Perú.

EDITORIAL LUMEN S. A.

Revista Psiquiátrica Peruana

CONDICIONES DE PUBLICACION

La revista es el órgano oficial de la Asociación. Se recibirán con agrado artículos para su publicación. Todo trabajo deberá ser original e inédito. Se publicará previa aprobación del Comité de Publicaciones de la Asociación, el que podrá introducir las modificaciones que sean necesarias, para mantener uniformidad en la forma de presentación. El autor debe escribir su nombre completo, con los títulos que posea, el cargo que desempeña, y consignar el lugar donde se ha realizado el trabajo. Al final del artículo anotará su dirección completa. Cuando envíe un trabajo, por vez primera, adjuntará aparte una breve nota biográfica, incluyendo sus aportaciones a la literatura psiquiátrica.

El título del artículo debe ser lo más corto posible y los datos adicionales serán completados mediante un subtítulo. El trabajo será escrito a máquina, en doble o triple espacio, con márgenes anchos y sin enmiendas. El texto será de preferencia breve y se sujetará a las normas usuales de artículos médicos, constando — cuando sea posible — de introducción, material y métodos, resultados, comentario o discusión, conclusiones, sumario y bibliografía.

También se publicarán artículos especiales o casos clínicos que sean de excepcional interés. Las ilustraciones serán pagadas por el autor. En caso de fotografías deben ser en papel lustroso, cuando menos de 9 x 12 cms. Los dibujos o esquemas irán en tinta china, con caracteres tipográficos, a rasgos gruesos, en papel marquilla. Todas las ilustraciones, esquemas o fotografías serán adheridas por un extremo con goma o pasta a una hoja de papel, con la leyenda respectiva. Detrás de cada ilustración deberá anotarse en lápiz negro y con trazos suaves el nombre del autor, el título del trabajo y la fecha de remisión.

La bibliografía se hará numerando correlativamente las citas y se ajustará al Quarterly Cummulative Index Medicus.

En casos de artículos será como sigue:

(1) Ehrentheil, O. F.: Malignant tumors in psychotic patients. A.M.A. Archives Neurol. & Psychiat. 76: 529-535, 1956.

Tratándose de libros deberá citarse indicando autor, título, ciudad de publicación, editora y año, como sigue:

(2) Opler, M. K.: Culture, Psychiatry and Human Values, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1956.

No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, por lo que se aconseja a los autores que retengan una copia de su trabajo.

SUMARIO

Volumen 1 Diciembre, 1957 Número 2

ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Reconocida oficialmente el 18 de Setiembre de 1956

DIRECCIÓN: Jirón Huancavelica 470, Lima - Perú.

JUNTA DIRECTIVA 1956 - 1958.

Presidente:	*Carlos Alberto Seguín.*
Ex-Presidente	*Federico Sal y Rosas.*
Vice-Presidente:	*Francisco Alarco.*
Secretario General:	*Raúl Jerí.*
Tesorera:	*Niza Chiock de Majluf.*
Secretario de Actas:	*Oscar Valdivia.*

MIEMBROS HONORARIOS

Henry Ey — Jules Masserman — John R. Rees — Ramón Sarró — René Spitz.

MIEMBROS ACTIVOS

Francisco Alarco — Pablo Anglas — Alejandro Arellano — José Max Arnillas — Arnaldo Cano — Baltazar Caravedo — Carlos Carbajal — Renato Castro — Alex Castoriano — Niza Chiock de Majluf — Carlos García Pacheco — Roberto Gamarra — Luis A. Guerra — Raúl Jerí — Fernando Loayza — Sebastián Lorente — Emilio Majluf — Leonor Revoredo — Humberto Rotondo — Federico Sal y Rosas — José Sánchez García — Carlos Alberto Seguín — Oscar Valdivia — Hermilio Valdizán — Sergio Zapata.

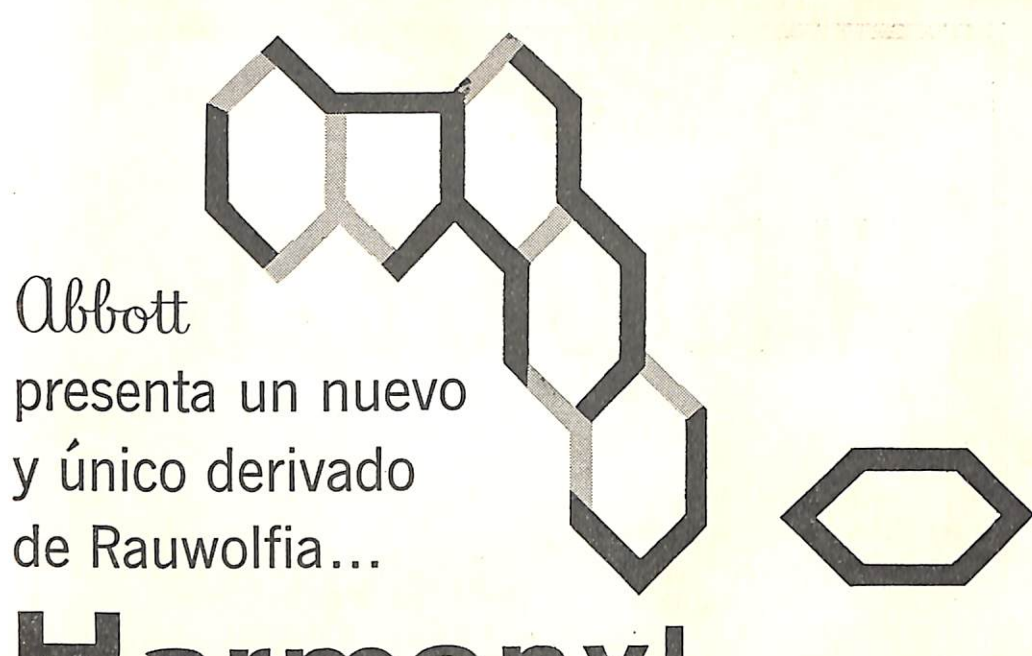
MIEMBROS ASOCIADOS

Manuel Almeida — José Alva — Ethel Bazán Vidal — Carlos Bambarén — Judith Calenzani — Elsa Felipa — Luis Huapaya — Luis Irurita — Javier Mariátegui — Luis Navarro Vidal — Fernando Samanez.



En casos de hipertensión el Harmonyl también es de gran eficacia y apenas

ment of Hypertension, Southern Medical J., 50:499, abril, 1957.



Harmonyl (Deserpidina Abbott)

MARCA REGISTRADA

tiene la potencia de las rauwolfias, con menos efectos secundarios y más leves.

El Harmonyl constituye un preparado de *Rauwolfia* más útil para su práctica diaria. En dos años de ensayos clínicos, este nuevo alcaloide—deserpidina—ha revelado efectos secundarios más leves y escasos que los producidos por la reserpina. No obstante, en eficacia es equiparable a las más potentes especies de *Rauwolfia*.

El Harmonyl produce menos depresión físicomental, con muy pocos casos de letargia, en contraste de otras preparaciones de *Rauwolfia*.

El Harmonyl es eficaz como tranquilizante. En un grupo de pacientes tratados con este fármaco se obtuvo mejoría, generalmente sin efectos secundarios; en cambio, en un grupo similar tratado con reserpina, se observaron varias reacciones: anorexia, cefalalgias, pesadillas, náuseas y vómitos.[1]

En casos de hipertensión el Harmonyl también es de gran eficacia y apenas produce reacciones secundarias. En un estudio comparativo entre varios preparados de *Rauwolfia*,[2] se dice que la deserpidina "es un hipotensor eficaz en los pacientes con hipertensión leve o moderada, y también en casos más serios;" además, las reacciones fueron "menos molestas y menos frecuentes." Otros trabajos confirman que el Harmonyl raramente produce vahidos, vértigos y estado de indiferencia.

A petición se facilita literatura referente a este nuevo alcaloide de *Rauwolfia*. Disponible en tabletas de 0,25 mg., partibles por la mitad y protegidas en tiras de celofán; cajas de 25 y 100 tabletas.

Bibliografía:

1. Comunicación a Abbott Laboratories, 1956.

2. Moyer, J. H. y col.; Deserpidine for the Treatment of Hypertension, Southern Medical J., 50:499, abril, 1957.

EDITORIAL

Uno de los temas que acaso tiene más importancia para los médicos, y, entre ellos los psiquiatras, que en Latino-América trabajan y estudian es el de la investigación científica.

Hay en todo médico de verdad el deseo de ir más allá en sus conocimientos, de penetrar con sus propias armas los misterios que lo rodean, de aprovechar las oportunidades que le brinda su diario quehacer frente al enfermo múltiple y variado. Detrás de ese deseo existe la plausible inquietud del hombre de ciencia, la curiosidad del estudioso, la aspiración del humanista, el impulso del patriota, el propósito del terapeuta, pero ante él se encuentra la realidad descorazonante y frustradora.

Investigar significa salir de la rutina, desbrozar caminos, y esa labor no puede realizarse, por supuesto, si no se llenan ciertas indispensables condiciones. Se sobreentienden las que se refieren a la capacidad personal del investigador, base de toda posibilidad de éxito, pero, si pensamos que esa capacidad existe, encontramos con que se halla, entre nosotros, frustrada lamentablemente.

En los países latino-americanos, con poquísimas excepciones, no hay ambiente para el trabajo científico original si pensamos que este necesita una serie de requisitos.

Ante todo una organización orientada hacia la búsqueda metódica. El trabajo diario de Hospital o Consultorio no puede llenar esas condiciones. Realizado generalmente bajo la presión del tiempo y la angustia del volumen de enfermos que atender, su fín es asistencial y no científico. En las Universidades, donde debería existir dicho ambiente es, en la mayoría de nuestros países, donde menos se halla, ya que la tarea está allí dirigida, exclusivamente, al adiestramiento de los estudiantes.

Ello se explica porque no se ha pensado en llenar la segunda de las condiciones que consideramos indispensables para la investigación: el tiempo. Los profesores de nuestras Universidades (hablamos en general y reconocemos que las cosas están cambiando favorablemente en algunos de nuestros países) no pueden dedicarse exclusivamente a sus tareas universitarias. Deben compartirlas con la actividad profesional privada y muchas veces con la política o las finanzas. De esta manera es imposible todo intento serio de investigación.

Por otra parte no existe entre nosotros el profesional pagado para investigar. Las Universidades no pueden tenerlo porque no disponen de la asigna-

ción para ello; no contamos con fundaciones o instituciones que apoyaran financieramente tales colegas y ni siquiera podemos esperar dicha contribución de empresas relacionadas con la industria farmacéutica como en países industrialmente más desarrollados.

Ello significa, también la ausencia completa de facilidades materiales: locales, equipos, etc., y, lo que completa el cuadro, la falta de material bibliográfico indispensable. Nuestros países no cuentan con instituciones que nos ofrezcan toda la bibliografía necesaria y su búsqueda, que debe hacer el propio interesado, significa, una vez más, rémora y frustración.

Añadamos, para completar el cuadro, otra deficiencia notoria y grave: el trabajo en equipo, condición básica para una investigación seria, es imposible, por una parte por la ausencia de la organización y el tiempo pagado a que nos hemos referido y, por otra, porque en la mayoría de nuestros países es poco menos que imposible disponer de personal debidamente preparado para una colaboración efectiva. Un equipo de investigación en Psiquiatría (a nuestra especialidad nos referimos en particular) debe constar, aparte de los especialistas que a esa búsqueda se dediquen, con psicólogos, antropólogos, sociólogos, biólogos, bio-químicos, farmacólogos y estadígrafos, sin contar el personal auxiliar especialmente preparado para estas tareas. Reunir profesionales de tan diversa especialidad en las condiciones señaladas es imposible.

Los colegas latino-americanos conocen demasiado bien esta realidad, pero consideramos que es indispensable exponerla francamente ya que, sobre ella como fondo, debe juzgarse el esfuerzo inmenso que significan los intentos que se dan a la publicidad en los órganos médicos de nuestros países.

Cada uno de ellos significa tiempo robado a la labor profesional privada, significa tomar sobre unos hombros toda la tarea que correspondería a un equipo, significa, a menudo, el aporte pecuniario personal para obtener, deficientemente, material indispensable o pagar personal auxiliar.

Pensemos en un caso corriente y que no envuelve demasiadas dificultades: el de una investigación clínica. Quien, entre nosotros quisiera emprenderla, debería abocarse a la tarea increíble de acopiar personalmente los datos, buscar la bibliografía (comprando de su peculio las obras, solicitando personalmente la ayuda de bibliotecas del extranjero, clasificando las referencias y copiando las citas, etc.), planear, dentro de limitadísimas posibilidades que su tiempo y su dinero le ofrezcan, las observaciones metódicas o las comprobaciones experimentales, realizar, en la medida de sus fuerzas y su buena voluntad, el trabajo estadístico y, generalmente, escribir, corregir y dactilografiar los resultados.

Una vez el trabajo listo, comienza la tarea, ardua también en algunos de nuestros países, de publicarlo.

Esta es la realidad y si, a pesar de su crudeza, aún se trabaja y algunas veces con resultados brillantes y alentadores, ello servirá para probar el alto espíritu científico, la capacidad de sacrificio y la noble aspiración de los colegas que merecen, ciertamente, el apoyo y el estímulo de todos.

EXPERIENCIAS CON LA RESERPINA EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS REACCIONES PSICOTICAS FUNCIONALES Y DESORDENES CEREBRALES ORGANICOS

Por RAÚL JERÍ *

La introducción de la reserpina en psiquiatría ha promovido diversos problemas que no han sido resueltos satisfactoriamente. Se desconocen datos fehacientes con respecto al modo de acción, absorción, distribución y destino de la droga en el organismo. Afírmase que produce sedación sin sueño con reducción de la actividad motríz pero sin modificación del EEG. Sin embargo, nosotros (ARELLANO & JERÍ, 1956) y DE CARO (1956) hemos observado perturbaciones en el electroencefalograma basal con aparición de ondas lentas de 2.5 c.p.s. y ritmo theta lento.

Hay considerable discrepancia con respecto a los efectos de la reserpina sobre el sistema nervioso central. Se han señalado como zonas de acción el sistema límbico, el hipotálamo, la sustancia reticular mesencefálica, los reflejos condicionados y la transmisión cerebral sináptica.

Ingeniosas hipótesis, no confirmadas, han asignado a la reserpina el rol de sustancia liberadora de 5-hidroxitriptamina en las zonas de enlace del cerebro. El estudio de los cambios cerebrales revelados por radioautografía con S^{35} no ha podido aclarar definitivamente el mecanismo de acción. Cuando se inyecta Serpasol 1 a 3 días antes de la administración de S^{35} (L-metionina) el encéfalo muestra marcada disminución general de radioactividad indicando así que se producen cambios en la estructura de la proteína neuronal, que abarcan prácticamente todo el cerebro. (FLANIGAN Y COL. 1957).

Se ha querido vincular la acción de la reserpina con la serotopina. Existiendo similitud en la estructura química entre la serotonina y la dietilamida del ácido lisérgico (LSD). La LSD produciría psicosis interfiriendo la acción de la serotonina en el sistema nervioso central. Dicho efecto podría conseguirse por sustitución de la serotonina por LSD en las zonas receptoras de las neuronas o por exceso de la misma, producido por los antagonistas de la serotonina, que causarían inhibición de las oxidasas amínicas. La reserpina reduciría la concentración de serotonina en el cerebro según SHORE Y COL, en cambio ISBELL (1957) sugiere que produciría más bien liberación de dicha hormona.

Lo cierto es que la reserpina no inhibe la reacción producida por la LSD y los pacientes que reciben ambas drogas generalmente empeoran mostrando aprensión, nerviosidad, confusión, depresión e irritabilidad que no se observa cuando se les intoxica solo con LSD. (ISBELL y LOGAN).

* Jefe del Departamento de Psiquiatría, Hospital de Policía.

Existen discrepancias también con respecto a las indicaciones de la reserpina en las enfermedades psiquiátricas. Mientras la mayor parte de autores la recomiendan en los estados de excitación y agitación psicomotriz, en las psicosis esquizofrénicas y sintomáticas, hay reservas con respecto al empleo en las psicosis maniaco-depresivas e involutivas.

La reserpina fué empleada entre nosotros (JERI, 1955), en estados de turbulencia psicótica en adultos, posteriormente se usó, asociándola a clorpromazina y métodos de choque (JERÍ, 1957) en las reacciones psicóticas esquizofrénicas. Los resultados, con respecto a sedación, han sido favorables en más del 50% de los casos en ambas series. En el presente trabajo se expondrá

Tabla 1.— Resultados del tratamiento con reserpina de 159 pacientes psicóticos seguidos cuando menos por 4 semanas.

DIAGNOSTICO	Mejoria considerable	Mejoria Mediana	Mejoria leve	Sin Mejoria	Nº Casos
Esquizofrenia	11	18	23	15	67
Psicosis Maniaco-depresiva	2	1	4	3	10
Psicosis Involutiva	1	2	1	11	15
Psicosis senil	0	1	2	14	17
Psicosis epiléptica	0	2	4	2	8
Delirium tremens	0	2	1	8	11
Delirio post-traumático	1	2	3	6	12
Psicosis con tumor cerebral	0	1	1	5	7
Psicosis tóxicas (cancer, leucemia)	1	3	2	6	12
TOTALES	16	32	41	70	159

la experiencia adquirida en un grupo de enfermos psicóticos que fueron tratados exclusivamente con reserpina. En los casos en los que el fármaco no produjo efecto favorable, se asoció o substituyó posteriormente por clorpromazina u otros derivados de la fenotiazina y se usaron asimismo tratamientos físicos.

METODOS

En esta comunicación se presentan los resultados del tratamiento con reserpina de 159 casos de psicosis atendidos en el Hospital de Policía, Hospital 2 de Mayo, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en dos clínicas psiquiátricas particulares y en el consultorio privado del autor. Las observaciones se iniciaron en Setiembre de 1954 y en buen número de casos se ha seguido la evolución de los enfermos hasta el presente.

Al principio se seleccionó a los enfermos, se prefería tratar a los que presentaban signos de tensión, excitación, agitación, destructividad, insomnio, an-

siedad, hiper motilidad, inquietud, impulsividad y elación. Posteriormente se incluyó a pacientes que presentaban apatía, negativismo, ideas delusivas, alucinaciones, actitudes catatónicas y autismo. Ultimamente se incorporaron casos que presentaban confusión mental y delirios del tipo de la reacción exógena de Bonhoeffer.

Un buen número de enfermos fué atendido al principio en el hospital y después de haber mejorado siguió siendo tratado ambulatoriamente. Algunos pacientes habían recibido previamente tratamientos físicos con insulina, electrochoque, leucotomía, lobectomías y electronarcosis. En cambio la mayor parte de enfermos agudos inició la cura sólo con reserpina.

Durante el periodo de hospitalización los enfermos continuaron con el programa regular de actividades del hospital general o del departamento psiquiátrico donde estaban internados. En buen número de casos no obstante, fué necesario disminuír las actividades físicas y sociales de los enfermos por la

Tabla 2.— Mejoría con reserpina considerando la duración de la enfermedad en 159 psicóticos.

Tiempo Enfermedad	Mejoría considerable	Mejoría Mediana	Mejoría leve	Sin Mejoría	Nº Casos
Menos 6 meses	8	11	5	7	31
6-12 meses	5	7	8	8	28
1-2 años	3	8	9	15	35
2-4 años	0	4	6	14	24
4-6 años	0	2	8	14	24
Más 6 años	0	0	5	12	17

presencia de marcados efectos secundarios de la medicación. Conociendo que la intervención psicoterapéutica podría falsear la apreciación de los resultados del tratamiento medicamentoso, se procuró reducir al mínimo la influencia personal del médico, limitándonos a examinar a los enfermos y hacerles breves visitas diarias o interdiarias.

Se hicieron cuidadosos estudios clínicos previos. Al ingreso o en la primera entrevista se examinaba físicamente al enfermo, anotando minuciosamente los resultados de la exploración neurológica. Al día siguiente se procedía a una apreciación del estado mental, que se completaba con los informes de los médicos residentes, las enfermeras y las auxiliares psiquiátricas, escribiendo los hallazgos de 3 a 8 días antes de comenzar a emplear la droga. Si el enfermo había ingresado después de narcosis con barbitúricos o derivados de la fenotiazina, se dejaba al paciente en observación cuando menos durante 48 horas, para permitir la eliminación de las drogas.

Durante el tiempo de tratamiento con reserpina se hacían dos observaciones diarias de temperatura, presión arterial, pulso y respiraciones. Una vez al día se controlaba la eliminación urinaria y fecal. Se pesaba a los enfermos todos los días cuando se observaba tendencia a los edemas, en su defecto, una vez cada 3-8 días. Cotidianamente la enfermera llevaba un registro del com-

portamiento del paciente, de acuerdo con el modelo del Dr. FEDERICO SAL y ROSAS (Pabellón 1, Hospital Víctor Larco Herrera). Una vez por semana el autor hacía evaluación personal de cada paciente, calificando las manifestaciones de acuerdo con cuatro criterios: A) Comportamiento general, que incluía apetito, sueño, aspecto, sociabilidad y capacidad de trabajo; B) Manifestaciones de ansiedad, graduada por calificación de sensibilidad, actividad motriz, conformidad, simpatía y agresividad; C) humor general y despliegue de afectos y D) dirección de la actividad mental y habilidad de comunicación verbal, que incluía contenido mental, asociaciones, procesos ideatorios, lucidez y capacidad de fijación y retención.

En los primeros ensayos usamos la reserpina por vía endovenosa. Pronto comprobamos que los efectos fisiológicos, psicológicos y electrográficos se presentaban después de un intervalo aproximadamente igual tanto en la inyección endovenosa como en la intramuscular. Desde entonces substituimos la

Tabla 3.— Relación entre el tipo de reacción esquizofrénica y los resultados obtenidos en el tratamiento con reserpina en 67 enfermos.

Tipo Reacción	Mejoría Considerable	Mejoría Moderada	Mejoría leve	Sin Mejoría	Nº Casos
Paranoide	8	8	14	1	31
Catatónica	2	5	4	3	14
Hebefrénica	0	1	4	8	13
Otros tipos	1	4	1	3	9

aplicación de la primera por la segunda, teniendo en cuenta asimismo la posibilidad de embolias, que CALDERÓN había sugerido, y la existencia de complicaciones trombo-flebíticas en algunos casos de la literatura.

Dentro de los primeros ocho días era necesario, en casos de excitación o agitación, administrar de 10 a 30 mgs. diarios de reserpina por vía oral e intramuscular. La mayor parte de enfermos evolucionan favorablemente con 10-20 mgs. en los primeros días y necesitan una dosis de mantenimiento de 1 a 8 mgs.

Es evidente que un buen número de pacientes no se calman con la reserpina. ¿Cuánto tiempo debemos dar la droga antes de recurrir a otro fármaco o a los tratamientos físicos? KLINE y STANLEY así como SHETH y KHAIRMAR opinan que debe administrarse cuando menos durante tres meses antes de considerarla ineficaz. Nosotros hemos comprobado que si después de 4 a 6 semanas no se logran resultados beneficiosos es necesario asociarla o substituirla por la clorpromazina u otras fenotiazinas o emplear métodos físicos. De la misma opinión son WARE y PROUT, MILKE, así como BLEULER y STOLL.

RESULTADOS

Es difícil establecer criterios para juzgar los resultados del uso de drogas en psiquiatría. Por una parte empleamos un alcaloide desconociendo la forma de acción y las zonas o circuitos funcionales o sistemas enzimáticos que modi-

fica en el cerebro. Asimismo, sabemos que actúa sobre algunas manifestaciones de las enfermedades mentales más que sobre determinada afección. El concepto de enfermedad mental tampoco es asimilable al de enfermedad somática y por tanto las técnicas de investigación no son superponibles. En la primera hay que considerar continuamente, además de los elementos orgánicos, factores sociológicos, psicológicos, antropológicos, filosóficos y semánticos. Por último, no existen criterios verdaderamente objetivos para juzgar cualitativamente los efectos del alcaloide, pues aún las calificaciones numéricas de las escalas de comportamiento están sujetas a error por la dificultad de aplicar criterio aritmético a valoraciones personales, cargadas de factores imponderables, de los aspectos de la vida psíquica del enfermo. En consecuencia cualquier método que se emplee tiene defectos pero, sin embargo, es indispensáble emplear un criterio objetivo, que permita pasar de la apreciación del caso individual al estudio de grupos. Por los motivos expuestos hemos seguido en éste trabajo la valoración de HOLLISTER y colaboradores. Ellos distinguen cuatro tipos de res-

Tabla 4.— Efectos secundarios observados durante el tratamiento con reserpina de 159 enfermos psicóticos.

Reacción	Nº casos	Reacción	Nº casos
Enrojecimiento cara	124	Dolor músculos	16
Obstrucción nasal	118	Dolor abdominal	14
Temblor y escalofrío	114	Edema	14
Bradicardia	106	Lactación	11
Transtornos visuales	101	Agravación depresión	10
Hipotensión moderada	98	Hiperexcitabilidad	6
Miosis	61	Insufic. Car. congest.	5
Disminución libido	56	Impotencia	5
Parkinsonismo	53	Convulsiones	4
Aumento de peso	51	Urticaria	3
Estupor y somnolencia	25	Hematemesis (Ulcera)	2
Diarrea	21	Muerte (Electronarcosis)	1
Vértigo	18		

puesta a la reserpina: 1) mejoría considerable, cuando el paciente ha experimentado cambios tan marcados que puede considerarse apto para salir del hospital; 2) mejoría mediana, cuando los enfermos no necesitan estar sujetos a encierro ni sujeción, pudiendo participar en los programas de actividades de la sala, en sesiones de psicoterapia individual o de grupo y siendo capaces, por primera vez, de obtener permiso para salir a visitar los jardines del hospital o sus hogares; 3) mejoría leve, cuando están apreciablemente menos perturbados y requieren menos sedantes, reclusión o coerción, o pueden ser llevados a una sala de enfermos tranquilos y, 4) sin mejoría o peor, cuando no se aprecia ningún resultado con el tratamiento o el paciente se agrava.

Una mirada a las tablas 1 y 2 nos revelará que la cifra de los que mejoran considerablemente es relativamente baja. La mayor parte de enfermos han necesitado complementar el tratamiento con métodos físicos y otros fármacos. Lamentablemente la mejoría desaparece poco después de interrumpir la medicación reserpínica, por lo que es indispensable, en los enfermos que han obtenido buenos resultados, administrar dosis de mantenimiento de 1 a 4 mgs. que se han sostenido en algunos pacientes hasta durante un año. No se ha

observado relación importante entre el tiempo de tratamiento y la mejoría. Si esta no se obtiene al cabo de 4 a 6 semanas hay que recurrir a otro tipo de cura. En algunos casos se logran remisiones sorprendentes. MILKE, SHETH, ARNOLD, HIMWICH y CAMPDEM-MAIN encuentran concordancia entre dosis y respuesta terapéutica: son necesarios 5-8 mgs. diarios para conseguir mejoría persistente en los enfermos psicóticos.

No se puede hablar de remisión con la reserpina salvo en casos de psicosis de breve duración, de tipo exógeno, que también pueden remitir espontáneamente después de algunos días o semanas. Hasta ahora no se ha conseguido que un esquizofrénico deteriorado pueda ser dado de alta, en remisión completa, después de mejorar con el alcaloide que comentamos.

La tabla 2 muestra que hay relación entre el tiempo de enfermedad psicótica y la mejoría. Pero no se puede hablar en términos absolutos ya que existen individuos que han estado enfermos 4-6 años y que mejoran indiscutiblemente con el medicamento. Con respecto a la esquizofrenia, tabla 3, existe correspondencia entre el tipo de reacción y la respuesta terapéutica, beneficiándose más las formas paranoides y catatónicas.

La experiencia con el uso de la reserpina, durante un período de aproximadamente tres años, nos ha enseñado que si bien los efectos sedantes son considerables y frecuentes, no constituyen modificación substancial del cuadro mórbido. Las perturbaciones primarias de la esquizofrenia no se modifican ni tampoco sufren alteración las anomalías de la percepción ni de los procesos del pensamiento. Las fases de alteraciones psíquicas descritas por BARSA y KLINE durante el tratamiento de la esquizofrenia con reserpina, que designaron con los nombres de sedativa, turbulenta o integrativa, se han observado en aproximadamente el 50 por ciento de los esquizofrénicos que mejoran y en el 20 por ciento de pacientes con otras psicosis, siempre que el tratamiento dure cuando menos cuatro semanas.

En los casos en los que los enfermos muestran tensión, temor y ansiedad con componentes somáticos, la reserpina puede producir alivio definido. Sus efectos sobre la actividad motriz son variables. En algunos casos (BLEULER, TRELLES y colaboradores) mejora algunos sindromes hipercinéticos extrapiramidales. En la mayor parte de observaciones ocasiona temblor y signos parkinsonianos, en no pocos casos la droga puede producir una inquietud tan grave que contrarresta la mejoría lograda en la agitación primaria. Los cuadros depresivos en general se agravan con la reserpina, con excepción de las depresiones agitadas, especialmente involutivas, en las que hemos visto considerables, aunque escasas, remisiones. Con respecto a los síntomas de elación, la reserpina los mejora en el 40 por ciento de los casos, en los demás permanecen inalterados o agrávanse. No hemos comprobado aumento del erotismo en la mujer, como lo describe FLACH, en cambio en el hombre es frecuente la disminución de la libido, de la potencia y de las actividades sexuales. Muchos enfermos duermen mejor con la reserpina, otros se quejan de marcada rigidez, que les impide los movimientos en la cama y los despierta. algunos relatan sueños cargados de material reprimido, de contenido perverso o agresivo, en cambio, los sueños de angustia disminuyen en muchos casos. También debemos mencionar que es frecuente el aumento del apetito y del peso.

Por lo que hemos dicho hasta ahora se puede colegir que la reserpina está indicada más bien en ciertos sindromes que en entidades psiquiátricas nosológicas. Así MILKE la recomienda en estados de agitación, excitación, tensión, inquietud o desasosiego, estupor, negativismo, cambios del humor y tenden-

cias compulsivas. Estos síntomas pueden presentarse en numerosas reacciones neuróticas y psicóticas.

EFECTOS SECUNDARIOS

Aún cuando la mayor parte de efectos secundarios son leves y desaparecen 24-48 horas después de interrumpir la administración de reserpina, muchos enfermos se quejan de estas molestias y los pacientes ambulatorios y neuróticos, frecuentemente solicitan que se detenga una cura que les resulta muy desagradable. Los enfermos psicóticos más perturbados habitualmente no parecen percatarse de las reacciones secundarias, aunque los deprimidos y ansiosos hacen mención del caracter displaciente de dichas modificaciones.

Una inspección de la tabla 4 nos permite afirmar que casi todos los pacientes exhiben enrojecimiento de la cara y conjuntivas, obstrucción nasal, temblores, escalofríos y sensación de frío, bradicardia y borramiento de la visión. La mayor parte muestran miosis y moderado descenso de la presión arterial. Alrededor del 30 por ciento aumentan de peso y sufren perturbaciones extrapiramidales semejantes al sindrome de Parkinson, que varían en intensidad y manifestaciones, desde la facies inexpresiva con sialorrea hasta la más completa rigidez que impide todo movimiento, incluyendo la marcha. El sindrome palidal demora 5-15 días para desaparecer después de interrumpir la administración de reserpina y no guarda relación estrecha con la dosis.

Algunos de nuestros enfermos han presentado complicaciones graves como depresiones psicóticas o psicosis confusionales con extrema inquietud, insuficiencia cardiaca congestiva, convulsiones generalizadas y hematemesis (úlcera péptica oculta). Afortunadamente todos éstos enfermos mejoraron con la intermisión de la droga y el establecimiento del tratamiento correspondiente. Hemos tenido un caso de muerte, que ocurrió en un paciente que fué sometido a electronarcosis y hemos visto otro enfermo, que no estaba a nuestro cargo, que también falleció después del tratamiento convulsivante. En ambas oportunidades suponemos que la reserpina fué el factor desencadenante, por acción neurogénica, del paro cardio-respiratorio. (Jerí, 1957).

En la literatura se han descrito otras complicaciones. Nos referimos a casos de incontinencia fecal y urinaria, perforación de úlcera péptica, colapso ortostático, disnea, hipotermia, disturbios cerebelosos, agranulocitosis (en tratamiento simultáneo con clorpromazina), tromboflebitis y muerte durante tratamientos electroconvulsivantes.

COMENTARIO

En un grupo de 159 enfermos psicóticos en los que usamos reserpina como único método de tratamiento, hemos logrado resultados favorables (sumando los casos que han experimentado mejoría considerable y mejoría mediana) en el 40% de los esquizofrénicos y maniaco-depresivos, en el 25% de los delirios post-traumáticos y en el 33% de las psicosis sintomáticas condicionadas por enfermedades neoplásicas o leucemia. En cambio, los efectos han sido francamente desfavorables en las psicosis involutivas, especialmente en las depresivas, en los episodios psicóticos de ciertos epilépticos, en el delirium tremens y en psicosis con tumores cerebrales. Estos resultados aparentemente contrastan con nuestra publicación anterior (Jerí, 1957) en la que informamos del tratamiento de pacientes esquizofrénicos. La diferencia en los resultados se debe a que en ese tiempo consideramos las remisiones que se habían obtenido asociando la reserpina a la clorpromazina o a otros métodos

físicos de terapéutica sin tomar en cuenta los efectos de la reserpina sola. También ha influído en la evaluación el curso de la enfermedad, seguido en el 85% de los casos, y además que el criterio de mejoría ha comprendido una evaluación integral del cuadro clínico. Muchos enfermos que mejoraron con el empleo de reserpina, seguido de electroplexia o insulinoterapia, volvieron a presentar episodios psicóticos, lo que indiscutiblemente hacía descender el índice definitivo de recuperación. Si bien en las tablas asignamos cuatro semanas como tiempo mínimo de ensayo con la reserpina, en la mayor parte de casos sub-agudos y crónicos la administración de reserpina ha continuado por muchos meses.

Si sumamos los porcentajes de los resultados, encontramos que en 159 enfermos, 10% han mejorado considerablemente, 20% han obtenido mejoría mediana, 25% escasa y el 44% no han conseguido beneficio o han empeorado. No es de extrañar que dichos resultados estén en desacuerdo con las primeras y entusiastas comunicaciones de hace dos años (CAREY, HOFFMAN, HOLLISTER, KIRKPATRICK, KLINE, KOVITZ, LAMBROS, SAINZ, TASHER). Sin embargo, en ese año BLEULER y STOLL advirtieron que el uso de la reserpina debía basarse en las reacciones individuales. Por razones desconocidas algunos pacientes respondían mejor a la clorpromazina y otros a la reserpina, siendo necesario substituir una droga por otra en ciertos casos. También observaron que la insulina producía mejores resultados en la esquizofrenia aguda o sub-aguda. CAMPDEN-MAIN y colaboradores manifestaron, en la misma fecha, que dosis menores de 5 mgs. diarios no tenían efecto en el control del comportamiento de psicóticos crónicos intranquilos. LUTRELL recalcó que la reserpina no tenía acción sedativa universal, que los efectos secundarios eran desagradables para los enfermos y SOMMERNESS, en el primer estudio empleando placebos y series de control, concluyó que la reserpina no producía mejoría del comportamiento de enfermos muy agitados, usando la escala cuantitativa de conducta de FERGUS-FALLS. En estudios posteriores, después de experiencia más prolongada con la droga, se llegó a establecer que se obtenía gran variación en los resultados pero que ningún paciente crónico mejoraba lo suficiente como para salir del hospital y todos los que se beneficiaban recaían parcialmente mientras recibían la dosis de mantenimiento (ARNOLD, BOWES, PEARL, ROSNER, SWENSON, WARE). Nuestra experiencia ha sido enteramente similar en los casos crónicos, especialmente tratándose de enfermos esquizofrénicos. En los casos agudos hemos empleado alternativamente reserpina y clorpromazina. Hemos comprobado estadísticamente que la asociación clorpromazina y electrochoque o clorpromazina-insulina es superior a reserpina seguida de métodos físicos. Conocemos que en otros centros de Lima se ha usado simultáneamente reserpina y comas insulínicos. Nos hemos abstenido de dicha combinación por no tener suficiente experiencia comparativa entre series de enfermos tratados con reserpina en los que simultánea o sucesivamente se empleó hipoglicemia. Considerando que la reserpina produce inhibición de mecanismos autonómicos y vegetativos en la formación reticular y en el hipotálamo, y sabiendo que la insulina ocasiona sucesiva anulación de las funciones cerebrales, desde la corteza hasta el rombencéfalo, hemos creído que se colocaba a los pacientes en condiciones riesgosas, sumando los efectos del bloqueo funcional del sistema nervioso central en areas vitales.

Volviendo a la efectividad de la reserpina, diversos autores concluyen que tiene acción menos útil que las diversas técnicas de electroterapia, insulina, estereotaxia y resecciones cerebrales (BLEULER, Ayd, KIRK). Las observaciones que hemos hecho denotan que la reserpina no sustituye a los méto-

dos físicos de tratamiento, aunque sí puede contribuír a reducir el número de aplicaciones de electrochoque (TASHER).

Hemos observado que existe relación inversa entre la mejoría y la duración de la enfermedad. En nuestra serie ningún paciente con más de 2 años de enfermedad consiguió alivio considerable y sólo seis mejoraron medianamente. Cuando se considera como "mejoría" la disminución de la excitación, un número apreciable de enfermos progresan en ese sentido (BORENSTEIN, BOWES, FLACH, FISCHER, HOFFMAN, HOLLISTER, HES, JERÍ, KIRPATRICK, KLINE, RINALDI, SAINZ, SCHNEIDER, TASHER). En las investigaciones en las que se han empleado escalas cuantitativas de observación global del comportamiento, los resultados han sido mucho más pobres, llegándose en varios estudios a la conclusión de que la droga no tiene efecto estadísticamente significativo sobre la conducta del enfermo psicótico crónico (PEARL, PENMAN, KIRK, ARNOLD, WARE, SOMMERNESS, SWENSON).

Hemos mencionado anteriormente que en los pacientes esquizofrénicos se consiguió alivio apreciable en las formas paranoides y catatónicas, en cambio en la hebefrenia y en otras variedades clínicas, el panorama es menos favorable. HIMWICH recomienda la droga para las formas hebefrénicas y catatónico-hebefrénicas de curso crónico.

En nuestros pacientes no hemos observado modificaciones importantes en los síntomas primarios de esquizofrenia (disociación del pensamiento, debilitación volitiva, rigidez y aplanamiento afectivo, ambivalencia, insuficiencia y disminución de la actividad psíquica), en cambio, se han producido alteraciones en los síntomas accesorios (delusiones, alucinaciones, autismo y manifestaciones catatónicas). Los efectos clínicos más importantes han sido inconstante acción sedativa, corrección moderada del comportamiento inadecuado, disminución de manerismos, procesos asociativos menos incoherentes, reducción del retraimiento; ocasionalmente, mengua de la comunicación de contenidos delusivos; con frecuencia atenuación de la hiperactividad motriz, tensión, hostilidad y agresividad. Lamentablemente estos resultados se han visto en un número reducido de pacientes.

BARSA y KLINE describieron tres fases en el tratamiento de los psicóticos con reserpina, que llamaron sedativa, turbulenta e integrativa. En la primera los enfermos se calmaban, estaban más afables, menos inquietos, colaboraban mejor, mantenían buen contacto y tenían buen apetito. Estos cambios se notaban dentro de las 24 horas de iniciado el tratamiento. En la fase turbulenta, que se presentaba entre los días 14-20 de la cura, los pacientes se mostraban temblorosos, mareados y con sialorrea. Sentíanse al mismo tiempo extraños y temerosos; gritaban, se lanzaban al suelo, se movían constantemente y las alucinaciones y delusiones se intensificaban. En forma gradual pasaban a la fase integrativa, que se presentaba entre la 2a. y 8a. semana del tratamiento, caracterizada por disminución del temblor, vértigo y sentimiento de extrañeza. Las delusiones y alucinaciones disminuían o se hacían menos evidentes, tratando los enfermos de racionalizar los pensamientos delirantes expresados. Algunos pacientes pasaban sin transición de la fase sedativa a la integrativa. Desgraciadamente muchos nunca llegaban a sobrepasar la etapa sedativa o la turbulenta. En estos casos el tratamiento no tenía ningún valor y debía interrumpirse. Ya hemos relatado cómo en un buen porcentaje de casos, que no mejoraron o que empeoraron, nos vimos obligados a emplear otros métodos de tratamiento.

En las psicosis maníaco-depresivas los resultados son mediocres. Mientras en algunos cuadros maniacos el efecto es rápido y considerable, en otros

no hay acción sedativa. En las depresiones la reserpina ha sido ineficaz o agravante, salvo en algunos ejemplos de melancolía asociada a intensa agitación o angustia. En dichos pacientes mejoraron los síntomas asociados, pero la depresión no se modificó.

Pasando a los efectos secundarios, solo debemos agregar que las complicaciones graves (psicosis, insuficiencia cardiaca, convulsiones, shock, hematemesis y perforación de úlceras digestivas) son felizmente escasas, pero hay que tenerlas constantemente en cuenta y no tratar con reserpina pacientes con enfermedades cardiovasculares descompensadas, tendencia al edema angioneurótico o a los edemas generalizados, epilepsia, úlcera péptica o colitis ulcerosa. También debe recordarse que la aplicación simultánea de electrochoque-reserpina o electronarcosis-reserpina está contraindicada.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

(1) Se presentan los resultados del tratamiento de 159 casos de psicosis funcionales y sintomáticas, usando sólo reserpina y siguiendo la evolución de algunos pacientes hasta por tres años.

(2) La reserpina es una droga de actividad limitada en la terapéutica psiquiátrica. Puede emplearse en casos agudos de reacciones psicóticas y ensayarse, en dosis adecuadas, durante 4-6 semanas cuando menos.

(3) Actúa fundamentalmente sobre estados de ansiedad, tensión, inquietud, excitación y agitación psicomotriz. Los efectos no son constantes y los cuadros psicopatológicos fundamentales no se modifican.

(4) En casos en los que no se logre sedación satisfactoria debe asociarse o substituirse con derivados de la fenotiazina o tratamientos de choque.

(5) Para evitar graves complicaciones es imprescindible interrumpir el tratamiento con reserpina cuando menos 8 días antes de iniciar curas con métodos físicos.

(6) Existen peligrosas reacciones secundarias, que son infrecuentes pero exigen minucioso control clínico de los enfermos.

(7) En casos de esquizofrenia crónica la reserpina puede producir mejorías aisladas considerables, por tanto, se recomienda emplearla antes de usar métodos quirúrgicos (leucotomías y resecciones cerebrales selectivas).

BIBLIOGRAFIA

ARELLANO, A. & JERÍ, R.: Scalp and basal electroencephalogram during the effect of Reserpine. Arch. Neurol. Psychiat. 75: 525-533, 1956.

ARNOLD, A. L. & FREEMAN, H.: Reserpine in hospitalized psychotic patients. A controlled study of chronic disturbed women. Arch. Neurol. Psychiat. 76: 281-285, 1956.

AYD, F. J.: Thorazine and Serpasil treatment of private neuropsychiatric patients. Amer. J. Psychiat. 113: 16-21, 1956.

BARSA, J. A. & KLINE, N. S.: Use of Reserpine in disturbed psychotic patients. Amer. J. Psychiat. 112: 684-691, 1956.

BARSA, J. A. & KLINE, N. S.: Agranulocytosis while receiving combined reserpine-chlorpromazine therapy. Report of two cases. Dis. Nerv. Syst. 17: 88-90, 1956.

BLEULER, M. & STOLL, W. A.: Clinical use of Reserpine in psychiatry: comparison with chlorpromazine. Ann. New York Acad. Scien. 61: 167-173, 1955.

BORENSTEIN, P.; DABBAH, M. & BARE, D.: Contribution á l'etude de la reserpine en psychiatrie. Ann. Med. Psychol. 114: 545-580, 1956.

BOWES, A.: The ataractic drugs: The present position of chlorpromazine, Frenquel, Pacatal and Reserpine in the psychiatric hospital. Amer. J. Psychiat. 113: 530-539, 1956.

CAHN, C. H.: Complication during Reserpine therapy. Amer. J. Psychiat. 112:64, 1955.

CAMPDEN-MAIN, B. C. & WEGIELSKI, Z.: The control of deviant behaviour in chronically disturbed psychotic patients by the oral administration of Reserpine. Ann. New York Acad. Scien. 61: 117-122, 1955.

CAREY, E. F.: A new approach to the emergency treatment of sickness caused by narcotic withdrawal. Ann. New York. Acad. Scien. 61: 222-229, 1955.

CALDERÓN, R.: Farmacología del género Rauwolfia. Mecanismo de la hipotensión inmediata de un preparado inyectable de reserpina. Tesis Bach. Med., Fac. Med., Lima, 1955.

DE CARO, D.: Manifestazioni extrapiramidali e convulsive osservate durante la terapia con la reserpina. Acta Neurol. 11: 426-453, 1956.

FLACH, F.: Clinical effectiveness of Reserpine. Ann. New York Acad. Scien. 61: 161-166, 1955.

FLANIGAN, S.; GABRIELI, E. R. & MC LEAN, P. D.: Cerebral changes revealed by Radioautography with S. 5 labeled L. Methionine. Arch. Neurol. Psychiat. 77: 588-594, 1957.

FISCHER, E.: Reserpine Serpasil) in mental deficiency practice. J. Ment. Scien. 102: 542-545, 1956.

FOSTER, M. W. & GAYLE, R. F.: Dangers in combining Reserpine (Serpasil) with electroconvulsive therapy. J. Amer. Med. Ass. 159: 1520-1522, 1955.

HIMWICH, H. E.: Prospects in psychopharmacology. Dis. Nerv. Syst. 17: 109-116, 1956.

HOFFMAN, J. L. & MONGECHUL, L.: Clinical and psychological observations on psychiatric patients treated with Reserpine. A preliminary report. Ann. New York Acad. Scien. 61: 144-149, 1955.

HOLLISTER, L. E.; KRIEGER, G. E.; KRINGEL, A. & ROBERTS, R. A.: Treatment of chronic schizophrenic reactions with reserpine. Ann. New York Acad. Scien. 61: 92-100, 1955.

HES, J. PH. & BRACHA, S.: The influence of Reserpine on a disturbed male ward and a method for assesing this. J. Ment. Scien. 102: 546-549, 1956.

ISBELL, H. & LOGAN, R.: Studies on the Diethylamide of Lysergic Acid (LSD-25). II. Effects of Chlorpromazine, Azacyclonol and Reserpine on the intensity of the LSD — Reaction. Arch. Neurol. Psychiat. 77: 350-358, 1957.

JERÍ, R.: Complicaciones fatales en el tratamiento con electronarcosis. Rev. Neuro-Psiquiat.. 20: 30-42, 1957.

——— : Clorpromazina y reserpina en el tratamiento de la esquizofrenia. Rev. Sanid. Policía, 17: 127-133, 1957.

——— : Observaciones con la reserpina (Serpasol) en sujetos sanos y en pacientes psiquiátricos. Rev. Neuro-Psiquiat. 18: 108-124, 1955.

——— : Effect of Reserpine in psychiatric patients. Foreign Letters. J. Amer. Med. Ass. 157: 530, 1955.

KIRK, D. L. & BAUER, A. M.: Effects of Reserpine (Serpasil) on emotionally maladjusted high grade mental retardates. Amer. J. Ment. Defic. 60: 779-784, 1956.

KIRKPATRICK, W .L. & SANDERS, F.: Clinical evaluation of Reserpine in a state hospital. Ann. New York Acad. Med. 61: 123-143, 1955.

KINROSS-WRIGHT, V.: Chlorpromazine and Reserpine in the treatment of psychoses. Ann. New York Acad. Scien. 61: 174-182, 1955.

KLINE, N. S. & STANLEY, M. A.: Use of Reserpine in a neuropsychiatric hospital. Ann. New York Acad. Scien. 61: 85-91, 1955.

KOVITZ, B.: CARTER, J. T. & ADDISON, W. P.: A comparison of chlorpromazine and reserpine in chronic psychosis. Arch. Neurol. Psychiat. 74: 467-471, 1955.

LAMBROS, V. S.: The use of Reserpine in certain neurological disorders: organic convulsive states, enuresis and head injuries. Ann. New York. Acad. Scien. 61: 211-214, 1955.

LUTRELL, R. B. & MORRISON, A.: preliminary report on the tranquillizing effect of Reserpine. Ann. New York. Acad. Scien. 61: 183-187. 1955.

MC GRATH, S. D.; RYAN, J. P. A.; FENNELLY, J. J.: The use of Reserpine (Serpasil) in psychiatry. J. Irish Med. Ass. 38: 1-4, 1956

MILLKE, F. A.: Ü ber die medikamentöse und psychotherapeutische Führung der Serpasil-Kur. Schweiz. Med. Wechr. 86: 162-165, 1956.

MULLER, J. C.; PRYOR, W. W; GIBBONS, J. E. & ORGAIN, E. S.: Depression and anxiety occurring during Rauwolfia therapy. J. Amer Med. Ass. 159: 836-839, 1956.

NAIDOO, D.: The effects of Reserpine on the chronic disturbed schizophrenic. J. Nerv. Ment. Dis. 123: 1-13, 1956.

PAYN, S. B.: Cerebellar involment during Reserpine therapy. Amer. J. Psychiat. 113: 75, 1956.

—— : Hypothermia following Reserpine. Amer. J. Psychiat. 112: 657, 1956.

PENMAN, A. S. & DREDGE, T. E.: Effect of Reserpine and open-ward privileges on chronic schizophrenics. Arc. Neurol. Psychiat. 76: 42-49, 1956.

PEARL, D.; KAMP, H. V.; OLSEN, A. L.; GREENBERG, P. D. & ARMITAGE, S. G.: The effects of Reserpine on chronic schizophrenic patients. Arch. Neurol. Psychiat. 76: 198-204, 1956.

PEARL, D. y col.: The effects of Reserpine on schizophrenic patients. Amer. J. Psychiat. 11: 936, 1956.

RINALDI, F.; RUDY, L. H.; HIMWICH H. E.: Clinical evaluation of azacyclonol. chlorpromazine and reserpine on a group of chronic patients. Amer. J. Psychiat. 112: 678-683, 1956.

ROSNER, H.; LEVINE, S.; HESS, H. & HAYE, H.: A comparative study of the effect on anxiety of chlorpromazine, reserpine, phnobarbital and a placebo. J. Nerv. Ment. Dis. 122: 505-512, 1956.

SAINZ, A. A.: The management of side effects of chlorpromazine and reserpine. Psychiat. Quart. 30: 647-653, 1956.

SAINZ, A. A.: The use of reserpine in ambulatory and hospitalized geriatric psychotics. Ann. New York Acad. Scien. 61: 72-77, 1955.

SCHNEIDER, J. A.; PLUMMER, A. J.; EARL, A. E. & GAUNT, R.: Neuropharmacological aspects of reserpine. Ann. New York Acad. Scien. 61: 17-26, 1955.

SCHNEIDER, H.: Erfahrungsbericht über Rauwolfia-Alkaloid Behandlung. Nervenarzt. 27: 72-75, 1956.

SCHRODER, H. A. & PERRY, H. M.: Psychosis apparently produced by reserpine. J. Amer. Med. Ass. 159: 839-840, 1955.

SHEPHERD, M.: Reserpine: Problems associated with the use of a so-called "tranquilizing agent". Proc. Roy. Soc. Med. 49: 849-852, 1956.

SHETH, S. & KHAIRNAR, D. B.: Study of reserpine in mental diseases. Indian Practitioner 9: 259-269, 1956.

SWENSON, W. M.; GISLASON, S. & ANDERSON, D. E.: Behavioral evaluation of chronic mental hospital patients treated with Reserpine. Arch. Neurol. Psychiat. 76: 60-64. 1956.

SOMMERNESS, M. D.; LUCERO, R. J.; HAMLON, J. S.; ERICKSON, J. L. & MATTEWS, R.: A controlled study of Reserpine on chronically disturbed patients. Arch. Neurol. Psychiat. 74: 316-319, 1955.

SCHRUT, A. H.: A controlley study on clinical use of reserpine in psychotic patients. J. Nerv. Ment. Dis. 122: 513-517, 1955.

TASHER, D. C. & CHARMAK, M. W.: The use of reserpine in shock-reversible and shock resistant patients. Ann. New YoYrk. Acad. Scien. 61: 108-116, 1955.

TEANI, E.: La reserpina in neuro--psichiatria. Riv. Sper. Freniat. 80: 615-637, 1956.

THIMAN, J.; BUCKMAN, F. G.; GAUTHIER, J. W. & O'CONNELL, T. A.: Rauwiloid therapy in alcoholism. Amer. J. Psychiat. 113: 694-695, 1957.

TRELLES, J. O.; ROEDENBECK, S. & CUBA, J. M.: Ensayo preliminar sobre el tratamiento de los sindromes hipercinéticos con reserpina (Serpasol). Rev. Neuro-psiquiat. 18: 375-386, 1955.

TUTEUR, W.: Effect of chlorpromazine and reserpine on budgets of mental hospitals. Amer. J. Psychiat. 113: 657-659, 1957.

TORUNEY, G.; ISBERG, E. M.; GOTTLIEB, J. S.: The use of Reserpine in an acute psychiatric setting. Arch. Neurol. Psychiat. 74: 325-328, 1955.

UBILLUZ, R.; DURÁN, J. G.; MEJÍA, A. & FIELD, C.: Acciones de la reserpina sobre el aparato digestivo. Anal. Fac. Med. Lima 39: 1301-1317, 1956.

WARE, L. M. & PROUT, C. T.: A controlled study of reserpine in the treatment of mental illness. Bull. New York Acad. Med. 30: 643-650, 1956.

EL MITO DEL JANI O SUSTO DE LA MEDICINA INDIGENA DEL PERU *

Por FEDERICO SAL Y ROSAS **

EL SUSTO es, según dicen los conocedores de la medicina popular peruana, el más frecuente de los padecimientos humanos y se presenta con una sintomatología especial originada por una violenta impresión de miedo. Como explicación de su orígen sobrenatural, se relata en los pueblos del Perú un mito según el cual, a raíz del susto provocador de la enfermedad, el alma ("Jani") se habría separado del cuerpo en virtud de una fuerza teúrgica referible al suelo o tierra. El tratamiento consiste en actos mágicos encaminados a devolver el espíritu fugitivo o raptado.

Debemos aclarar desde este momento que la separación circunstancial del alma humana (pudiendo seguir el individuo viviendo, aunque enfermo o incompleto) es una forma alegórica presente en la mitología de los más diversos países de la tierra; pero como veremos más adelante el "robo del alma". es sólo parte del mito peruano del Jani y los síntomas del "Susto" son distintos de los descritos en otros países como consecutivos a tal separación o "robo".

Tanto la figura semiológica como la técnica terapéutica y la concepción etiológica y patogénica varían en las diversas regiones del Perú, un poco de pueblo a pueblo y aún de un narrador o curandero a otro del mismo lugar; pero se mantiene a través de esto cierta unidad del tema.

El síndrome se conoce también con los nombres de "Mal de espanto". "Mantzaqué" y otros referentes al miedo y también con los de Patza", "Pachachari" y otros referentes al suelo o tierra.

El vocablo JANI es usado en Huaráz y lugares vecinos para designar en primer lugar el componente psíquico del hombre que sería substraído en el momento del susto y por extensión: a) el método terapéutico de evocación del alma ausente; y b) al propio complejo mitológico que nos ocupa.

No es bien conocido el origen de esta palabra Jani. Acaso sea una variación regional de ANIMO, empleado en otras partes del Perú. En la mitad Norte del Callejón de Huaylas se dice "Ani", pero desde Huaraz hacia el Sur todos hablan de "Jani", paralelamente a la guturalización de otras voces con H aspirada como Jara, Jaca, Jampi, Játun... en lugar de: Hara, Haca, Hampi, Hátun... que se dice más al Norte; no habiendo escapado a este proceso ni las palabras y nombres españoles como "Bohórquez", que se ha transformado en "Bojórquez".

* Nota presentada a la Asociación Psiquiátrica Peruana en sesión del 26 de setiembre de 1957.

** Jefe del Pensionado de Mujeres (Pabellones 1 y 3 del Hospital Víctor Larco Herrera).

En cuanto a distribución geográfica, el JANI —así preferimos denominar todo el conjunto médico-antropológico en cuestión, a falta de otra expresión distinta— es un fenómeno cultural esencialmente peruano, o, más exactamente, quechua; pues hasta dónde alcanza nuestra actual información bibliográfica, lo encontramos en el Perú y comarcas en que se extendió la civilización y dominio del imperio incaico. En Puno y Bolivia, la influencia aimara ha introducido variaciones regionales muy acentuadas y entre las poblaciones primitivas de las selvas tropicales casi no existe. En otros países de América se describe también con este nombre o análogos, a cuadros clínicos asociados a la concepción del "robo del alma", pero con una sintomatología diferente. Los datos que tenemos comprenden casi todo Sur América, y GILLIN afirma que hay también en Centro América, aunque con síntomas y etiología algo diferentes. Ya señalaremos más adelante nuestra impresión acerca de las relaciones del Jani con la agricultura y el Culto de la tierra.

Estas creencias tuvieron su origen probablemente hace muchos miles de años, si se tiene en cuenta la estructura del mito y de los métodos de tratamiento, que llevan la marca no sólo de la civilización incaica sino también de épocas anteriores a ella. Por desgracia, la falta de documentación escrita del incario nos priva de conocer cabalmente el origen y evolución del mito. La pura tradición oral, de la que también extrajeron sus datos los antiguos cronistas, no ha podido probablemente hacer llegar hasta nosotros sino lo más pragmático, sumario y exterior de la medicina aborigen. Los aspectos sutiles de la doctrina y de los ritos, reservados sin duda sólo a los sacerdotes y médicos de alta jerarquía oficial, podrían haberse perdido en la destrucción del imperio incaico.

Con todo, el mito y el ritual del Jani encierran multitud de signos e indicios del pensamiento médico primitivo del Perú, junto con los de la religión, filosofía y ciencia en general de nuestros antepasados; constituyendo este hecho por sí solo una exigencia perentoria a escudriñar los hechos médicos y sociológicos que implican, debiendo reconocerse en él una de las más legítimas expresiones de la cultura peruana. No existe según creemos en la literatura nacional o extranjera ningún trabajo especial sobre el Susto pero sí referencias más o menos extensas como parte de relatos o estudios en el Perú por UNANUE, VALDIZÁN, LASTRES y GILLIN; en Bolivia y el Chaco por VELLARD; en Chile por VICUÑA, CIFUENTES y MAZZINI; y en Colombia por REICHEL-DELMATOF; siendo también muy interesantes los apuntes de escritores antiguos, en particular POLO DE ONDEGARDO, COBO, SANTILLÁN.

Nuestros datos proceden de diversos lugares del Perú, pero es en Huaraz y provincias vecinas donde hemos tomado los más nutridos e importantes, a más de haber observado ahí directamente el fenómeno desde el punto de vista clínico y en función de las tradiciones, leyendas, cuentos, costumbres y mentalidad de los pueblos y gentes que conocemos personalmente. Por esto el perfil y el tinte de los actos y creencias en cuestión, aún juzgados dentro de la mayor objetividad en el panorama histórico y social del Perú y de otros países, no pueden dejar de llevar el sello de la vida social del Callejón de Huaylas.

Antes de pasar adelante quisiera aclarar que nuestra medicina popular, sin dejar de ser un conjunto de prácticas y concepciones rudimentarias y anacrónicas, es la auténtica y noble supervivencia de instituciones que fueron adecuadas y suficientes en su época; y por ello, digna de respeto. Nuestro curandero, mitad herborista y cirujano y mitad agricultor y mago —nos referimos al "entendido" o "jampek" honesto, casi siempre del medio rural, que cree y practica sinceramente la medicina tradicional y no la brujería— tiene por esto

un nivel social y moral incomparablemente superior al del "guérisseur" de las grandes ciudades; innoble charlatán pseudocientífico que con la denominación de magnetizador, vidente, quiromántico, radioestesista, etc. constituye en las naciones más civilizadas, un desdoro de la cultura contemporánea y a la vez un alarmante problema social, pues en Francia según NOEL BAYON (1952) habría 40,000 embaucadores de esta laya frente a 38,000 médicos graduados.

Debemos señalar también que según nuestras observaciones, el Susto no es una mera superstición sino un real hecho clínico. Se trata de una enfermedad mental, y por eso su estudio no interesa sólo al folklore y a la antropología sino también a la medicina, y en particular a la psiquiatría, cuya estirpe en el Perú es —ya se ve por esto— de la más rancia nobleza histórica.

A continuación expongo el fenómeno del Jani, en cuatro capítulos: el primero, dedicado a la sintomatología del Susto: el segundo, al tratamiento; el tercero, a la etiología y patogenia, y el cuarto al comentario de los hechos.

I.—EL CUADRO CLINICO DEL SUSTO

Un cuadro-promedio del "Susto" extraído de nuestra observación personal en Huaraz, de la encuesta practicada durante años entre gentes de diversas regiones del Perú, y de la bibliografía revisada, es el siguiente:

El Susto se presenta en uno y otro sexo y en toda edad, pero es más frecuente en la niñez y excepcional en la senectud. El sujeto empieza a adelgazar, está pálido, desganado y mustio, descuida el arreglo y aseo; flojo en el trabajo, inapetente pero muy sediento, se desmadeja a todas horas, "busca el sol" y se arrebuja y enmanta aquí y allá; pero —salvo en los últimos períodos de la enfermedad— no guarda cama; la temperatura es generalmente subfebril, pero más tarde la fiebre puede ser importante asociada o nó a vómitos y diarreas.

Por otra parte, el sujeto se muestra excesivamente medroso y tímido, condición que es particularmente intensa en los niños, predominando síntomas de astenia y depresión en los adultos. Durante el sueño el enfermo presenta sobresaltos (grandes sacudidas o subsaltos del cuerpo) ("Tillekshan") que se debería a que el suelo lo despide o lanza ("Patzam-jitan"), síntoma considerado como patognomónico; o tiene crisis de pavor, de noche y de día: el paciente se incorpora o salta del lecho con los ojos desorbitados, lanzando gritos de espanto.

Con los progresos de la enfermedad el sujeto está cada día más amarillo, seco y postrado; es el estado llamado MICHKO, al cual asocian los entendidos una mirada turbia y triste bajo unas pestañas largas, rígidas, apuntando hacia abajo, aspecto que es tomado también como signo patognomónico.

En suma, el Susto de nuestra medicina popular está caracterizado en el lado somático por extenuación y adelgazamiento y en el lado psíquico por hiperexcitabilidad temerosa, pantofóbica y depresión. Es una afección de evolución subaguda o crónica y termina a veces en la muerte; pero por lo general remite sorprendentemente con los medios de tratamiento mágico que señalaremos después. Estos deben aplicarse lo más pronto posible, pues cuando pasa mucho tiempo, el "Jani" según dicen se vuelve "chúcaro" y la jirca no quiere ya soltarlo.

Un hecho análogo al que acabamos de describir es la KAYKA, de síntomas y tratamiento semejantes al del Jani. Aunque algunos autores lo describen separadamente, nos parece que es sólo un nombre local o a lo más una forma particular del fenómeno general del "Susto".

Un síndrome local quirúrgico, que tiene una lejana vinculación etiológica con el Susto, es el llamado "Tokapi", "Huáriquí" o "Uchcupáquí", afección perforante de la piel y tejidos profundos, de carácter crónico avanzando hasta el hueso, que sería originado por profanación de una huaca, cueva u otro lugar reputado como sagrado, cuyo espíritu le habría acariciado o escupido en el lugar afectado. El vínculo de esta enfermedad con el susto reside sólo en la acción nociva de la tierra, faltando el robo del alma y el susto provocador.

El diagnóstico del susto se hace por los síntomas orgánicos y psíquicos descritos y por la revelación del susto-emoción como punto de arranque de la enfermedad. Se considera como signos capitales la extenuación ("Michko") el abatimiento y la excitabilidad miedosa con sobresaltos en el sueño ("Tillekshan"). La frase "Patzam-jitan" (el suelo lo despide o bota) expresa en síntesis admirable y en dos palabras lo semiológico por lo etiológico. En los casos dudosos se recurre a la soba o "limpia" del cuye, basándose en la creen-



Fig. 1.—EL RITO MAGICO DEL CUYE. La curandera, llevando en ambas manos un cuye maltón, se presenta a la cabecera del enfermo, un niño asustado de Huaraz.

cia de que el cuye al ser sobado con el enfermo según las reglas del arte, extrae algo de la enfermedad (su valor curativo sería de segundo plano), pero mucho más los signos exteriores de ella, incluso las lesiones anatómicas de los órganos, a manera de una radiografía, al decir de algunos. Reservándonos para un trabajo posterior el tema de la "limpia" en su integridad, damos ahora sólo los datos referentes a su aplicación como medio diagnóstico del susto. Hay curanderos que prefieren el cuye negro "porque saca todo" y otros que sea "maltón", porque los cuyes viejos tendrían "humor" (enfermedades) cuyos signos propios podrían mezclarse con los de la enfermedad que aqueja al paciente y llevar a confusión. La curandera (casi siempre hace la limpia una mujer) pasa el cuye por todo el cuerpo comenzando en la cabeza y terminando en los pies; presentando sucesivamente las partes del animal correspondientes a las homólogas del enfermo, es decir que el vientre de éste se pone en contacto con el vientre del cuye y su espalda con la parte respectiva del animal, etc. La maga se dá maña para que al fin de la operación el animal esté muerto para convencer al sobado y familiares del éxito de la operación. Después procede a despellejar al cuye utilizando solamente las manos. La sangre que mana del desgarro es vertida a gotas de la mano de la mujer a una vasija que contiene agua, realizándose ahí la primera parte del diagnóstico

por el aspecto que toma la sangre al caer al agua y mezclarse con ella. En caso de susto, la sangre se diluye inmediatamente, formándose en la parte superior una capa de color rosado. A la inspección del animal desollado, se ve también en caso de susto la carne amarillenta, exceso de movimientos fibrilares en el dorso, flancos y caderas, y aspecto espumoso y amarillento del peritoneo.

También el cuye dá signos pronósticos; pues echando cinco gotas de agua fría al corazón y al intestino grueso correspondiente al ciego, estos órganos se ponen erectos si va a curar al enfermo, mostrándose en caso contrario, flácidos y aplastados.



Fig. 2.—LA LIMPIA DEL CUYE. La curandera pasa el animal por el cuerpo del enfermo para extraer el mal.

OBSERVACIONES MEDICAS DE LOS CASOS DE SUSTO

A continuación ofrezco un resumen de mis apuntes personales sobre los sujetos calificados como enfermos de Susto; advirtiendo que mis observaciones de finalidad únicamente folklórica comenzaron en 1928 cuando era aún estudiante de medicina. La indagación médica se ha hecho desde 1935 en múltiples visitas al Callejón de Huaylas, pero sólo de orden clínico. A mediados de este año (1957) tracé un plan para estudios más amplios comprendiendo tipología, caracterología y pruebas de laboratorio, incluso EEG. de los asustados. En Julio-Agosto fuí a Huaraz a iniciar esta tarea en los niños "asustados" y a organizar su futuro desarrollo, con la gentil colaboración de casi todos los médicos de Huaraz para el examen clínico y la del Laboratorio de la UNICEF, para los análisis químico y microbiológico. También quedó or-

ganizado un cuerpo de colaboradores entre los preceptores rurales de Huaraz, quienes se encargaron de buscar en los lugares donde ejercían su profesión a los enfermos de susto, y a orientarlos para su debido reconocimiento médico. Por otra parte, he iniciado observaciones de asustados en esta ciudad, a los que se les harán además del examen clínico y de laboratorio corrientes, un estudio EEG ofrecido amablemente por tres colegas especialistas. No hace falta decir que este plan obedece al propósito de descubrir y valorar los trastornos orgánicos que hay en los enfermos calificados como asustados, a fin de determinar su papel sea como causa de afecciones equivocadamente diagnosticadas de Susto, sea como manifestaciones somáticas de tal síndrome.

Siendo aún escasos los resultados del nuevo plan, ofrecemos a continuación los de nuestras antiguas observaciones en 176 pacientes examinados desde 1935, la mayor parte niños o adolescentes. Casi las dos terceras partes (112) son afectados de diversas enfermedades orgánicas anergizantes y 64 son casos calificadamente psiquiátricos, presentando casi todos diversas manifestaciones neuróticas con abundante sintomatología orgánica funcional. De ellos, 9 casos han sido identificados como de susto propiamente tal, por ofrecer todos los caracteres peculiares de la medicina tradicional: motivación psicógena por susto; síntomas somáticos y mentales característicos; curación completa por los procedimientos mágicos reputados como eficaces. Las cartillas clínicas revelan en estos nueve casos predominio de síntomas ansiosos, depresivos y pitiáticos; personalidad premórbida en la mayor parte de los casos insegura o deprimida, salvo en dos casos que es de tipo histérico; todos son muy miedosos, sensitivos, refractarios a la agresión, superimpresionables a las situaciones ingratas y a la vez con fuerte proclividad hipocondríaca. La historia familiar en los casos en que logramos datos, revelan real presencia de rasgos neuropáticos. Llama la atención la rareza de las crisis de angustia torácica (disnea, opresión pre-cordial, palpitaciones) en los cuadros más definidamente ansiosos, así como el predominio de disestesias, mayor en la sierra que en los valles y poblaciones de la costa.

De los 55 casos psiquiátricos restantes, 24 son de neurosis, calificables como "Susto atípico", presentando todos la sintomatología convencional del Susto, pero faltando en unos una clara motivación por la emoción miedosa o estando ésta asociada a otras causas psicogenéticas con papel secundario o equívoco, mostrándose otros rebeldes a los diversos sistemas de cura vernacular. Los 31 restantes comprenden 27 casos de neurosis y 4 de psicosis de causa francamente ajena al susto; su sintomatología es solo lejanamente aproximada a la de dicha afección, en unos por la palidéz y el adelgazamiento, en otros por la impresionabilidad y los sobresaltos nocturnos cuando nó por la astenia y la depresión. Entre ellos hay un caso de melancolía de involución, 3 de depresión reactiva, y 7 de neurastenia; los demás son casos de neurosis atípica con síntomas ansiosos, histéricos e hipocondríacos, ya solos ya combinados. Muchos de tales casos de pseudo susto han sido curados por el método del Jani.

Entre los 112 casos de etiología orgánica, hay todavía en la mayor parte un importante componente psicógeno debido al mecanismo general de reacción de la personalidad ante la enfermedad; pero se ven también manifestaciones tipo Susto, sin duda por influencia sugestiva del ambiente indígena sobre el habitante, en el sentido de atribuír los estados de meyopragia y desnutrición al susto creándose así secundariamente síntomas neuróticos sobreañadidos a los de la enfermedad orgánica, dándole una apariencia primitiva o predominantemente psiquiátrica. Las principales causas, en los casos en que he-

mos podido establecer diagnóstico corresponden a paludismo crónico, tuberculosis, colitis post disentérica, focos sépticos latentes, hipoalimentación, anemia, y enfermedad de Addison. En los niños las causas principales son distrofias por lesión germinal (sífilis, tuberculosis o alcoholismo de los progenitores), enteritis, nacimiento prematuro, etc. Particularmente los hijos de los alcohólicos son muy emotivos y así propensos a añadir a su enfermedad de base, síntomas psíquicos como es el caso de un joven que tenía manifestaciones típicas de susto coexistentes con las de paludismo crónico; con un tratamiento mágico mejoró notablemente incluso el estado físico general, pero no las crisis febriles que desaparecieron fácilmente con inyecciones de quinina.

El pronóstico del Susto propiamente dicho es generalmente bueno, a menos que la desnutrición haya avanzado mucho o el tratamiento (mágico) se



Fig. 3.—La "curiosa" hace caer la sangre del cuye a una vasija con agua para determinar la naturaleza de la enfermedad por el aspecto de ambos líquidos al mezclarse. (Dibujo al carbón de Moisés Gonzales Moreno).

haya retardado demasiado. La enfermedad tiende a perennizarse en los predispuestos (ansiosos, histéricos, hipocondriacos); y la evolución es más benigna en los niños que en los adultos. Se observan numerosos casos de recidiva.

II.—TRATAMIENTO DEL SUSTO

El tratamiento del susto es exclusivamente mágico y se hace por determinados ritos, con ceremonial ajustado al concepto etiopatogénico popular de la enfermedad.

Todos ellos tienden a suscitar la restitución del alma separada del cuerpo, siendo tres los métodos principales: el "Kayaquí", o "Jani" propiamente dicho, la "Shokma" y la soba o "limpia" del cuye, que se aplican ya sólos ya combinados en las más diversas formas.

EL METODO CURATIVO DEL JANI

Es el rito principal y consiste en evocar al espíritu robado o fugitivo llamándole por su nombre e invitándole a reintegrarse al cuerpo del enfermo. Es practicado por un "entendido" o "curioso", más cerca del Hampicamayok peruano y del "piache" venezolano, que del yatiri aymara y del angakut y el shaman de pueblos más distantes. Mago, herbolario, traumatólogo al mismo tiempo, cuando él es llamado es que el caso es grave; y elige un Martes o Viernes para acto tan esencial y solemne. En el Callejón de Huaylas el Jani se realiza así:

El enfermo es en primer lugar sometido a la SHOKMA que consiste nó en una fricción, como se dice corrientemente, sino en una especie de baño o unción del paciente —quién está tendido desnudo sobre una manta al pie de la cama— con una mezcla de hojas y pétalos de flores y harinas diversas. Los mejores resultados se obtienen con flores "maké" (de plantas silvestres de la puna) y con las recogidas en los altares de la iglesia. Las harinas son preferentemente de maíz blanco o negro, pero pueden ser de trigo o de otros

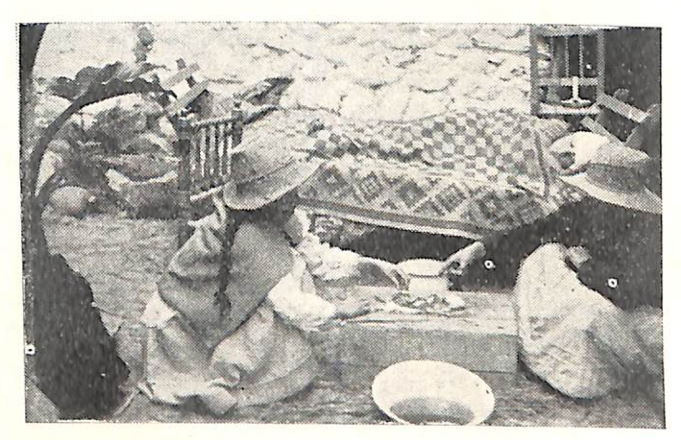


Fig. 4.—EXAMEN DE LAS ENTRAÑAS DEL CUYE. La curandera inspecciona detenidamente las visceras del animal señalando ante la madre del enfermo las lesiones originadas por la enfermedad, la causa de ésta y el pronóstico.

cereales, teniendo especial valor las que se han averiado ("ismujara"); también son muy estimados los polvos depositados en las paredes y techo de los molinos. La curandera —casi siempre actúa una mujer— hace una cruz sobre la mixtura "en nombre del Padre del Hijo y del Espíritu Santo" y le echa el humo del cigarro ("jayapé") pronunciando en voz muy baja: —Ave María purísima; tengo fé en tí y quiero que me hagas el milagro de sanar a Fulano para que vuelva su Jani"; aplicando en seguida la mezcla suavemente con la palma de las manos, desde la cabeza hasta los pies. Después de "chacchar" a la cabecera del enfermo y ya cerca de la media noche el oficiante (casi siempre varón) sale de la habitación llevando el material de la "shokma" en la falda del poncho o envuelto en una prenda del enfermo, rumbo a la huaca o al lugar en que se produjo el susto, no sin antes haber apagado la luz y preparado al enfermo para recibir el espíritu ausente, en estos o parecidos términos: —"Ahora voy a "Pumacayán" a traer tu Jani; cuando él vuelva a tu cuerpo, tú sanarás y estarás fuerte como antes. Espera callado, sin moverte.

¡Mañana estarás sano! En todo el trayecto va derramando la mezcla de harina y flores haciendo una línea blanca ininterrumpida, que será el camino por donde pasará el Jani cuando vaya hacia el enfermo. De esta suerte nuestro hombre llega al lugar elegido: en Huaraz, el morro de Pumacayán, formado sobre una fortaleza de los incas en cuya cumbre hay una especie de cueva. El mago saluda al cerro así: "Auquilitu, Ave María purísima, nokallámi (aquí yo vengo) y luego asperja o vierte aguardiente en el suelo, a la vez que lanza hojas de coca y restos del coqueo ("jachu") y cigarrillos, pronunciando palabras como éstas: —"Auquilito, te he traído lo que te gusta; quiero que me entregues el Jani de Fulano". Después se dirige al sitio en que va a hacer la evocación del Jani, situándose en el centro de una cruz que ha hecho con la consabida mezcla; toma la camisa por las mangas con la pechera hacia adelante y la agita en el aire en actitud de llamar ("Kemlla") pronunciando en alta voz: —"Fulano, Shácamí, éhuacushún, cuticushum, huayinzícman ("vámonos, regresemos a nuestra casa"). Otros dicen: "Cuticami, quéchomi cá" (vuelve, estoy acá) o "Méchótak canqui? ácuna ("dónde estás?, vámonos). Repite la invocación cinco veces, y girando después sobre sus talones camina pausadamente hacia la casa del enfermo, siguiendo el mismo



Fig. 5.—LA SHOKMA. El enfermo asustado es bañado con una mezcla mágica de flores y harinas para que éstos se impregnen de las esencias de la enfermedad.

trayecto; la camisa sobre el hombro izquierdo, que sujeta con la mano de la parte del cuello, quedando la falda pendiente en la espalda para que de ella se agarre el Jani y sea conducido a su casa. En todo el trayecto el curandero no debe volver la cabeza ni hablar palabra so pena de malograr e invalidar la cura. El curandero, y sólo él percibe la presencia del Jani por un ruido especial que se produce detrás de él al terminar su quinta imploración, ruido parecido al de la madera cuando se rompe o raja; "katzak! katzak!", el cual le advierte el éxito de su intervención terapéutica; después, ya en el viaje de vuelta, sigue escuchando el crujido y además una sensación de peso en la camisa que lleva al hombro, como si un cuerpo ligero se agarrara de ella. En la casa, cuyas puertas están abiertas, el "curioso" debe encontrar al enfermo profundamente dormido si la operación ha de tener éxito; levanta con presteza los cobertores por la parte de los pies, (el Jani al reintegrarse al cuerpo del paciente lo hace por dicha parte) procurando no despertar al enfermo; co-

loca la camisa encima de éste en tal forma que las partes de la prenda correspondan a las del cuerpo del paciente y se echa al lado de éste en decúbito prono; entonces siente que el Jani entra al cuerpo del asustado haciendo un ruido singular: "Kajjjj...!", como de una rama de árbol al ser arrastrada. Nuestro mago contiene la respiración hasta que la suspensión del ruido anuncia la penetración cabal del Jani e inmediatamente y en el mayor silencio, abandona la habitación por puerta distinta a la que franqueó él conduciendo el espíritu y en caso de no haber otra, se dirige a aquella retrocediendo, a fin de evitar llevarse afuera el Jani. En un patio o pasadizo próximo se pone a "chacchar" y beber aguardiente; algunas veces le espera en cierta habitación un mate lleno de reconfortante mazamorra, que el curandero consume como parte del ritual. Los familiares visitan al enfermo sólo al día siguiente encon-



Fig. 6.—PSICOTERAPIA PRIMITIVA. El mago indígena antes de ir al cerro para llamar al Jani, exhorta enérgicamente al asustado, asegurándole que al reintegrarse su ánimo ausente, quedará sano.

trándolo en la mayor parte de los casos ya libre de la penosa enfermedad. En caso contrario, se cree que el Jani no ha logrado reincorporarse por defectos de técnica u otros intrínsecos del curioso; malos pensamientos en el tiempo de la cura o en el momento culminante de la penetración del espíritu al cuerpo, susto del propio operador ante el crujido del Jani, falta de resistencia psíquica, etc. Generalmente el enfermo sueña que el Jani penetra a su cuerpo en forma de animal doméstico, cordero o perro, y si se ha vuelto chúcaro, toma la de un cóndor; y entonces casi siempre la operación fracasa y el mal sigue adelante.

Los honorarios del curandero de Huaraz eran antes de 20 centavos por un Jani completo que comprende hasta cinco sesiones; después subió a 50 centavos; pero en la actualidad (1957) es de 10 soles. Se cree que los mejores

curanderos son los de raza indígena pura, pues el mestizaje con la blanca les resta prestigio y atracción ante el Jani.

Si el susto no es tan severo, basta la shokma de flores y harina, en cuyo caso se practica ésta a las 12 de la noche y después se arroja la mezcla a la esquina de la calle, para que cualquier transeunte madrugador e inadvertido al hallarla se lleve la enfermedad. También se usa en estos casos la ofrenda de un cuye como reemplazo ("rantin") al estilo de los ritos apotropaicos de otros pueblos. Para esto se hace la "limpia" procurando que el animal no muera en la operación; éste es llevado al sitio del susto o a una huaca o lugar agreste y solitario y presentado con palabras como éstas: —"Auquilito, te traigo este cuye como reemplazo de Fulano que lo tienes; hazme el favor de soltarlo y que se vaya a su casa", con lo que basta para que cese el mal, pues la divinidad así apaciguada dejará en libertad el alma. El roedor es soltado para que un gato montés se lo devore y cargue con la enfermedad. En algunos pueblos sustituyen el cuye con perros tiernos, que son sacrificados al cerro regando con su sangre el suelo y enterrando el cuerpo.

Otras formas de "limpia" son las que se hacen con semillas (limpia de granos), con tierra del cementerio (aya-allpa) o del sitio del susto; con un huevo fresco que después se entierra; con alumbre que después se echa a un brasero, apareciendo al día siguiente la figura del animal, persona y aún la escena que originó el susto. En algunos lugares del Norte del país se pasa muy cerca de la piel del enfermo y por todo el cuerpo, un tizón encendido que se arroja a un lugar solitario o a la vuelta de la casa al mismo tiempo que se invoca al Jani: "Ven fulano no te quedes, no te quedes"; o se hace parecida ceremonia con un carbón ardiendo envuelto en un algodón.

En Huaraz tratan el susto reciente de los niños sacudiendo fuertemente contra el suelo el pañal de la criatura en el lugar del susto y llamando al Jani en voz muy baja y aproximando la boca al suelo.

El tratamiento de la KAIKA consiste esencialmente en la evocación del alma robada por la Tierra; entre los muchos métodos que describe VALDIZAN como empleados en Arequipa, citamos el siguiente: el "descaicador" llama a gritos al espíritu ausente, al mismo tiempo que ofrece al cerro el humo de un brasero en que se queman hojas de coca, algodón, grasa de llama, etc.

En algunos pueblos la petición del Jani a la Tierra se hace más bien en forma hostil. A lo que ya ha citado VALDIZAN acerca de amenazas, injurias y aún disparos de armas de fuego, debemos agregar que en la provincia de Huari, del Departamento de Ancash, los curanderos se revisten con pieles de animales feroces y llaman al Jani imitando el rugido de las fieras.

Además se aplican ensalmos y rezos por "santiguadores" y diversas medicinas de uso oral procedentes de los tres reinos de la naturaleza, de escasa eficacia, algunas de estas últimas repugnantes, como los excrementos de animales, la maceración de insectos y las ratas fritas.

Como preventivos para el susto, se emplean los más variados amuletos: plumas de cóndor, crestas de gallo, hilos de colores; los campesinos evitan permanecer en sitios reputados como causadores de susto ("Acesé-patza") y en caso de haberse expuesto a la influencia tan nociva hacen aspersiones de "agua bendita" o de aguardiente. En Huaraz cuando una persona acaba de sufrir una impresión de susto, para evitar que el duelo se apodere del Jani, debe lamer inmediatamente la tierra de aquel lugar, mientras que algún acompañante golpeará el piso cinco veces con una prenda de él diciendo a gritos a cada golpe: "Cuticami". En otros casos se frota al recien asustado con una vaina de ají colorado que se entierra. También se hace una especie de rito

apotropaico llevando lo más pronto posible un perrito al sitio aquél y provocándole un susto reemplazador al derribarle tomándole sorpresivamente de las cuatro patas.

III.—LA CREENCIA POPULAR ACERCA DE LAS CAUSAS DEL SUSTO

La tradición oral y los ritos del Jani señalan un doble origen de la enfermedad: el uno superficial y tangible, presente en la anammesis: el SUSTO, y el otro más profundo y sutil de esencia mitológica: EL ROBO DEL ALMA.

En cierto momento un hombre se asusta y la tierra se apodera de su alma ("Acsé patza áchucun"): el suelo feo o maligno se lo agarra a uno. El asustado sigue viviendo, pero excesivamente miedoso y con una gran merma de su vigor físico y mental, siendo difícil deslindar en el propio terreno de la creencia, lo que en el cuadro clínico se debe al susto como traumatismo psí-

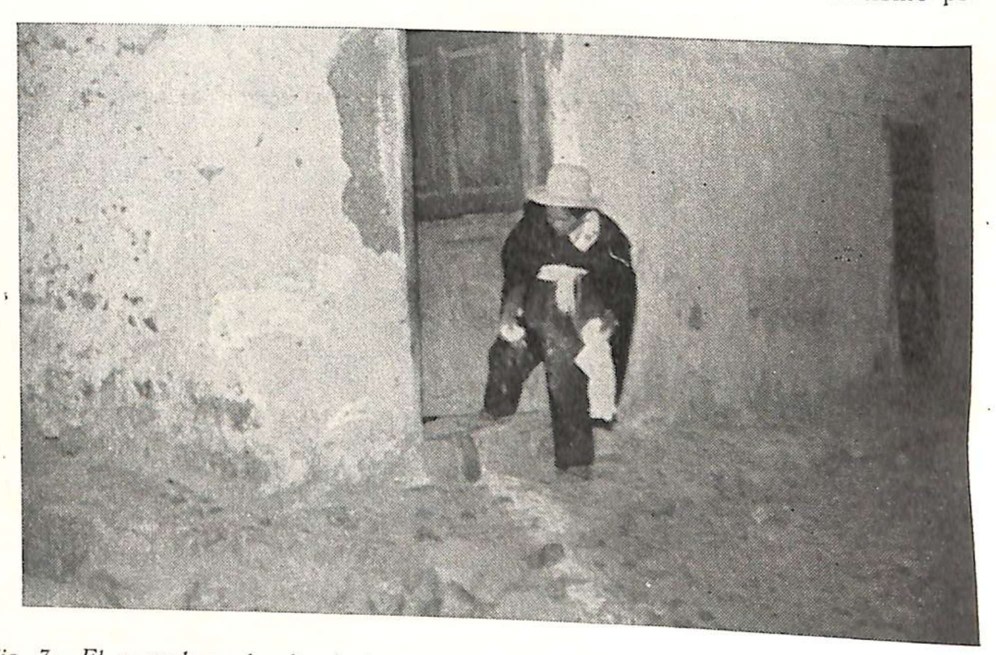


Fig. 7.—El curandero al salir de la casa del paciente derrama la mezcla de la Shokma, formando el camino que seguirá el Jani después de la innovación.

quico de lo que se debe al mecanismo de la evasión del alma. Todo parece indicar que esta última se debe al enojo de la divinidad telúrica, pues los actos terapéuticos más importantes son de tipo propiciatorio: ofrendas y sacrificios rogando a las deidades de la tierra que suelten el alma substraída.

Se achaca en particular el robo del alma a ciertos accidentes de la tierra: cumbres y laderas, valles, cuevas y por extensión: ríos, lagunas, estanques, ojos de agua. Algunos curanderos afirman que el susto originado en un río es particularmente grave, porque el Jani es arrastrado por la corriente muy lejos; pero esto nos parece ya una modificación del mito, pues las ceremonias casi todas se dirigen siempre a desagraviar a la tierra y no a otro elemento de la naturaleza.

La máxima influencia del Jani se ejerce en las ruinas incaicas o preincaicas como tumbas, adoratorios, fortalezas, que son particularmente temidos por los campesinos. Se da el caso de que ante una lluvia torrencial que le sorprende en las cercanías de un sitio de estos, el individuo prefiere soportar el chubasco afuera a ser victima de la cólera de las divinidades que habitan la ruaca. Si se ve forzado a entrar a dichos lugares debe chacchar y beber alcohol en gran cantidad "para evitar que la jirca le chupe". También tienen este terrorífico prestigio las cuevas, las rocas calcáreas o de otro material deleznable, de apariencia a viejo o podrido y las faldas o cuestas "feas" y solitarias y agrestes, cuya proximidad siempre evitan los aborígenes y ante los cuales al pasar depositan ofrendas de coca, cigarros, pero sobre todo aguardiente, que parece ser el que mejor calma a los dioses de la tierra.



Fig. 8.—En el crucero de una calle el médico vernacular hace con la mezcla mágica de la Shokma una huella en cruz para impedir que el Jani vuelva al cerro después de ser llevado ante el enfermo. En este, como en la figura anterior, el mago lleva en la mano izquierda una prenda del enfermo.

A pesar de esta clara referencia a la tierra, en lo general, no está fijada univocamente qué cantidad ligada al culto de ella es la que hace el robo del alma. Los términos de "patza" como etiqueta diagnóstica de la enfermedad y de "patzam jitan" como explicación de los sobresaltos nocturnos, hacen clara referencia a la tierra. Pero en las ofrendas el curandero se dirige al auquilito, al ahuilito o a la jirca y en ninguna fórmula que conozcamos hay el nombre concreto de patza o tierra, lo cual sin duda se debe a la complicada elaboración y evolución del mito en la historia del Perú, como veremos más adelante.

Las causas del susto más frecuentemente invocadas son: el rayo, la embestida de un toro o de un perro, la vista de un animal agitado, de un ebrio,

de un hombre de raza negra o de una serpiente, el caer a un precipicio o caerse del burro, etc.

COMENTARIO

En las líneas que siguen tratamos de ordenar y deslindar los hechos expuestos, dentro de las grandes dificultades que ofrece la comprensión de un fenómeno como el Susto o Jani, surgido y evolucionado en forma que no puede determinarse a través de las diferentes culturas que se han sucedido en esta parte del mundo. Así llegaremos a un esbozo de interpretación a línea interrumpida, del significado médico y antropológico del Mito, pudiendo ser menos indecisos en la filiación nosográfica de los hechos clínicos concretos que han caído bajo nuestra observación.



Fig. 9.—LA INVOCACION DEL JANI. Después de una ofrenda propiciatoria a la tierra el curandero agita al aire una prenda del enfermo y llama al alma de éste por cinco veces pidiéndole que se reintegre a su cuerpo. La llamada del Jani es el acto más solemne del rito.

En los capítulos anteriores hemos llegado a una figura folklórica y antropológica, el SUSTO que sirve de marco a los tres contenidos siguientes:

1º.—Un cuadro clínico el "Susto-enfermedad" ("mal de espanto" o "Mal del susto");

2º.—Una explicación etiológica y fisopatológica de la enfermedad constituyendo el robo del alma por la tierra; y

3º.—Métodos terapéuticos de fondo mágico, dirigidos a restituir el alma raptada.

1.—El cuadro clínico está caracterizado por trastornos psíquicos de categoría neurósica y de tinte predominantemente ansioso-pantofóbico o asténico-depresivo y por meiopragia física ("Michko"), originado por una violenta

emoción de espanto o por otros modos de agresión y traumatismo psíquico, que cura completamente por los métodos mágicos de restitución del alma robada, que se realizan con impresionante ceremonial, originando la remisión de la enfermedad por la intensa sugestión que producen en el paciente. Este es el susto propiamente dicho cuya existencia clínica no podemos seguir negando, pues si la Medicina moderna no reconoce en verdad la intervención de causas sobrenaturales en la etiología de la enfermedad humana, acepta sí como cosa cierta la psicogénesis de síntomas psíquicos y corporales y su curación por agentes puramente psicológicos.

Otra cosa es que el médico indígena tienda a abultar los límites nosográficos y demográficos del Susto adscribiendo a él erróneamente aún procesos orgánicos como la tuberculosis, la anemia y el paludismo sólo por su apariencia superficial o parcialmente semejante. Hemos visto asimismo atribuír al susto, las crisis de pavor nocturno —epiléptico o neuropático— de los niños y los casos de neurastenia y depresión con menoscabo físico, de los adultos.

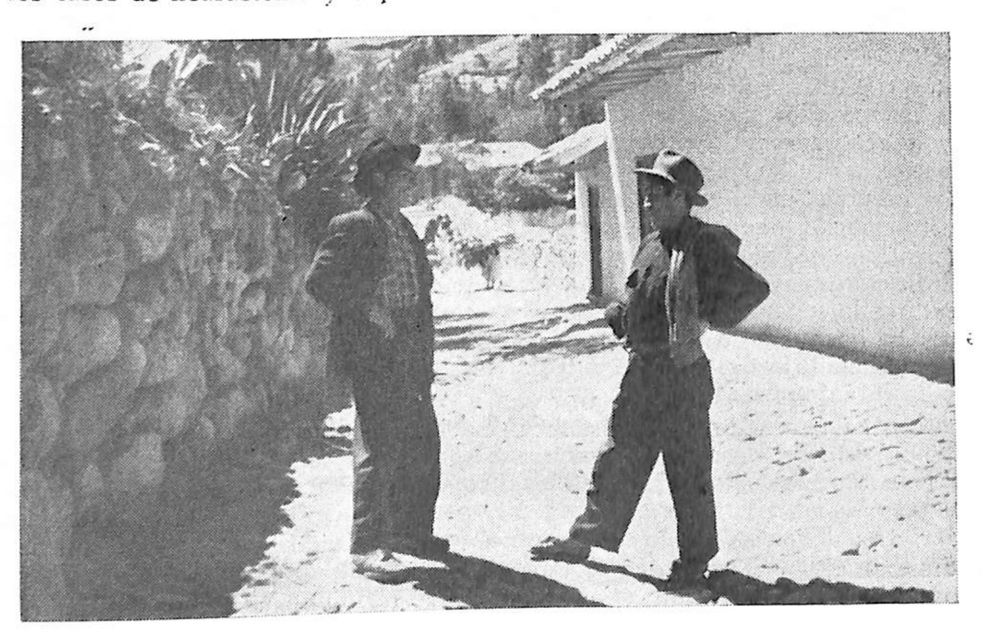


Fig. 10.—EL "SUSTO SIN SUSTO".—"Un asustado" por el cerro reclama una indemnización al amigo a cuyo servicio sufrió la acción nociva de un "sitio feo". Aquí no hubo una impresión de susto como causa de la enfermedad.

2.—En cuanto al tratamiento, los métodos principales, fundados en la etiología, son de caracter mágico de principio a fin, sin mezcla de medicina empírico-racional, con la que lo teúrgico suele asociarse en otros tratamientos de la medicina popular.

La evocación del Jani ("Kayaquí") es similar a los conjuros, imprecaciones y llamadas de espíritus practicados en todos los pueblos primitivos; y la limpia del cuye así como la que se hace con flores, harinas, tierra y otras substancias y las ofrendas de animales reproducen en el Perú los más remotos ritos apotropaicos, destinados a reemplazar simbólicamente al enfermo por un enmascarado, un animal o una planta, engañando al demonio que causa la

enfermedad y alejando el peligro. Estos y otros hechos dan razón a FRANZ BOAS cuando encuentra "semejanzas de pensamiento y acción entre los más diversos pueblos, tan independientes de las razas e idiomas que indujeron a BASTIAN a hablar de la espantosa monotonía de las ideas fundamentales de la humanidad en el mundo entero".

Llama la atención el gran éxito terapéutico del método del Jani en el medio rural y aún en los barrios de las ciudades. Personalmente he observado muchos casos de susto típico y aún atípico tener abrupta mejoría o curación completa a raíz de una o más sesiones de Jani. Se ven también fracasos y algunas veces el enfermo muere sin salir de su decaimiento; pero entonces se trata de una enfermedad orgánica grave equivocadamente calificada de susto. Tal éxito del humilde "curioso" rural o pueblerino, con su psicoterapia primitiva y silvestre contrasta con el fracaso de los médicos graduados, entre éllos el autor de esta nota, en la curación del Susto. Hecho explicable por la falta de una adecuada compenetración psicológica; que anula la mayor habilidad profesional y la mejor técnica psiquiátrica.

3.—*Etiología.*— No se ha hecho según creemos ningún intento de interpretar científicamente el complicado aparato etiológico imaginado por nuestros antepasados para explicar la enfermedad del susto. VALDIZAN a quién hay que agradecer la primera y más grande recopilación de datos hasta el presente, no se ha detenido en este, como en otros campos de la medicina popular peruana, en el análisis de los hechos; y aún confunde la causa invocada (susto-emoción) con el propio cuadro morboso, cuando dice: "El Susto", el traumatismo psíquico intenso provocado por una emoción de espanto, está considerado por nuestra medicina popular como una verdadera enfermedad", y califica la separación o robo del alma como explicación patogénica: "El espíritu ha abandonado el cuerpo en el momento de sufrirse el susto y el cuerpo abandonado así mismo, se nutre mal y sobrevienen todas las manifestaciones de la enfermedad".

JOHN GILLIN, de la Smithsonian Institution, en su interesante monografía sobre Moche, describe extensamente el Susto y opina que él es asimilable al "Nervous break-down" de los americanos (afectarse de los nervios; crisis emotivas) como una fuga culturalmente peculiar a las coerciones y tensiones de la vida. "Cuando un norteamericano no puede soportarlas por más tiempo —dice GILLIN— se dice que él tiene un "break-down"; cuando un peruano llega a la misma situación, él tiene "susto", resultando el contenido semiológico, ya histérico, ya depresivo, ya ansioso según la configuración del caso", agregando que "el susto corresponde asimismo a un mecanismo para llamar la atención del grupo hacia el individuo, quién asume una configuración culturalmente organizada de síntomas".

No estamos de acuerdo con enraizar genéricamente el Susto en cualquier designio para llamar la atención del grupo; hay sólo muy contados casos de nuestra observación en que se vislumbra tal mecanismo. Pero hay que reconocer que GILLIN —a pesar de que visiblemente elude el análisis del mito y su interpretación etiológica— plantea una concepción antropológica válida y señala al primero entre los que han tocado el tema del Susto, la influencia de factores de orden cultural en la elaboración de los síntomas.

JEAN VELLARD aborda el propio mito del robo del alma, pero sus observaciones son sólo parcialmente aplicables al Susto; pues en el altiplano Boliviano, donde él ha estudiado este fenómeno, la pérdida del alma no se aplica específicamente al Susto sino al vasto conjunto de enfermedades de causa desconocida o inexplicable y aún a toda clase de desplacer o desventura. Según

veremos más adelante, esta última concepción es común a muchos otros pueblos primitivos.

Basándonos en nuestras observaciones, vemos nosotros en la etiología del Susto la superposición de tres factores, entre los cuales es difícil distinguir lo etiológico de lo patogénico:

1º.—La conmoción psíquica temerosa (susto-emoción o susto-accidente) hecho cronológico inicial del proceso.

2º.—La separación del alma o "Jani" del cuerpo (robo del alma), originada o simplemente coincidente con el susto-emoción.

3º.—La tierra figurando como el agente de la substracción del alma.

Examinemos cada una de estas condiciones etiológicas:

SUSTO ACCIDENTE Y SUSTO ENFERMEDAD

Aplicando la crítica científica a las supuestas relaciones etiológicas entre el susto-emoción y la enfermedad neurosico-extenuativa llamada también Susto, el resultado es que la excitación miedosa no es la causa necesaria ni suficiente del síndrome de agotamiento ni de los síntomas psíquicos concomitantes, por las razones que exponemos a continuación:

a) El susto (emoción de espanto), puede ocasionar trastornos psíquicos y corporales por los bien conocidos mecanismos de la psicogénesis. Pero por una parte, este papel etiológico del susto es restringido, como se ve por la observación clínica y experimental y la experiencia de las dos guerras mundiales. Son interesantes a este respecto los datos coleccionados por GILLESPIE acerca de perturbaciones mentales observadas en los frentes de batalla y en la población civil de las ciudades intensamente bombardeadas en la última guerra europea. De 2,300 enfermos atendidos en el Hospital de Emergencia de Sutton, en Londres, en dos años, hubieron según informa L. MINSKY, sólo 41 civiles afectados de disturbios psíquicos como consecuencia de los ataques aéreos. Según BOLMAN, sólo el 4% de 8,000 escolares de Bristol, tan castigada por las bombas, sufrieron de trastornos mentales agudos como nerviosidad, temblores, conducta agresiva y síntomas somáticos como cefalea, indigestión, anorexia, enuresis, palidez, etc. Muy pocos niños fueron atendidos en la clínica infantil del Guy Hospital de Londres, y en casi todos se observó "el curso común de los problemas que se ven en cualquier clínica infantil, acentuados en algunos casos por las condiciones de la guerra, ausencia de los padres, presencia de extraños, etc.". Entre centenares de niños de dicho hospital sólo dos resultaron víctimas del llamado "terror a las sirenas", pero eran ambos de antecedentes neuróticos.

De otro lado, observaciones de GAUPP, BIRNBAUM, MOTT, CULPIN, entre muchos otros, demuestra que en las filas de combatientes los trastornos psíquicos ocurren en la mayoría de los casos en los predispuestos (en el 75%, según LANDENHEIMER). WITKOWER y SPILLANI concluyen que "según la mayoría de los autores dada una presión emocional suficiente, los síntomas nerviosos pueden aparecer en cualquiera".

Este papel limitadísimo de las impresiones catastróficas concuerda con el hecho de que a lo más 9 de nuestros casos de Susto pueden ser atribuídos a una emoción de espanto como factor principal y ninguno como factor único: pues aparte de una definida predisposición, patente en varios examinados, hay otras circunstancias ingratas de orden económi-

co, moral o social que han gravitado para desbordar el vaso con la última gota.

b) Hay cuadros típicos de susto de mi observación personal seguidos incluso hasta su curación completa por la práctica del "Jani", en los cuales la historia clínica no registra ningún susto promotor de los síntomas sino una influencia directa de la huaca o cerro sobre el sujeto, como puede verse en este diálogo tomado en Huaraz entre patrón y arriero:

—Tiempo que no te veía, Chapaco? Por qué estás amarillo?

—Me ha dado el susto, señor

—Cómo, tú tan guapo...?

—No, no me asusté, Don Merjildo; traía ron de carretería para la fiesta de la Shauramina y ya cerca de la Punta me agarró el aguacero. Sin saber, me metí a una cueva que había sido casa de gentiles, y ahí me "chupó" el cerro toda la noche. Como no sabía, no le rocié con ron ni le regalé coca y esa noche, como me rendía el sueño, chacché poco.

Un campesino de Huaraz abordó a otro en mi presencia así:

—She, Nolasco, me debes realimedio porque el viernes que buscamos tu burro por Atipayan, me senté un rato para componer mi llanque en un sitio, como maché, al pié de un cerro feo de peña podrida... El cojo Shipi, cuando nos encontramos, me dijo que ese lugar era de gentiles y que por haberse dormido ahí se le pudrió la pierna... Tuve que ir hasta Cochac a comprar medio de coca y una patriota de a real, para regalarle al cerro... Con todo, creo que estoy asustado, porque me siento débil. Terminando sentenciosamente: "Tzéno jircaka Shokocúnmi, tété" (esa clase de cerros se lo chupan a uno, señor).

Según estos y muchos otros relatos, habría en virtud de fuerza sobrenatural atribuída a ciertos sitios sagrados, solitarios o agrestes ("Acsépatza"), una especie de absorción del individuo profanador de dichos lugares, debilitándolo hasta asustarlo, es decir hasta extraerle el alma, sin que en realidad haya tenido durante tan aciago contacto una verdadera emoción de susto. Esto es lo que en nuestros apuntes de folklore médico hemos denominado desde hace muchos años el "Susto sin susto".

c) El gran volúmen clínico-demográfico del Susto en el gran público, particularmente en la población rural, se debe evidentemente a que se atribuye al Susto cuadros mórbidos los más distintos sólo por su vinculación sintomática generalmente parcial y superficial; muchos o todos los casos de desnutrición y anergia; muchos o todos los casos de astenia, depresión o de inquietud pantofóbica.

También actúan en la ampliación del campo clínico popular del Susto factores que podemos calificar como antropológicos o culturales, de orden yatrogénico, familiar o social, análogos a los de la "psychologie d'emprunt" de los autores franceses y cuya influencia consiste en la creación de síntomas básicos colaterales o sobreñadidos por sugestión del ambiente, en vista del prestigio popular del Susto como enfermedad la más frecuente y de influencia sobrenatural y el innegable éxito curativo de las prácticas mágicas inspiradas en el mito etiológico que nos ocupa.

d) En la mayor parte de los casos el susto provocador de la enfermedad es establecido sólo retrospectivamente, cuando ante el adelgazamiento y los sobresaltos, la familia o el curandero se echa a buscar entre los muchos

percances experimentados por el paciente, aquel que debe cargar con la culpa del mal.

En suma, el papel del susto-emoción en el origen del susto-enfermedad parece ser cierto, pero en muy limitada proporción, actuando otras emociones violentas o motivos infaustos de la experiencia personal como agentes principales o coadyuvantes. Los casos de "Susto sin susto" ("la jirca me chupa") nos llevan más bien a una relación etiológica de esencia mágica entre la enfermedad y el robo del alma por la tierra.

LA CONCEPCION DE LA SEPARACION O ROBO DEL ALMA.

La separación accidental del espíritu como entidad independiente, sin pérdida de la vida es una creencia bastante extendida en los pueblos primitivos. La emigración del alma del cuerpo está asociada siempre —por lo que nos demuestra la literatura consultada hasta hoy— a alguna forma de sufrimiento, infelicidad o desplacer del individuo y a la acción hostil de entes o fuerzas sobrenaturales.

Lo original de la concepción peruana, aparte de la naturaleza del agente —que comentaremos más adelante— es que la pérdida del alma se produce en el momento en que el individuo se asusta y es el origen de una verdadera enfermedad mental, de sintomatología especial, y no relatada en ningún otro pueblo.

Aunque es difícil obtener una explicación de este fenómeno en la gente que cree en él, incluso en los propios "curiosos", fundándonos en lo que hemos visto y oído en el propio escenario de la enfermedad y en la información de otros autores, creemos que el "robo del alma" no significa la segregación de la psique como un todo sino la pérdida de algún principio de extensión regional o segmentaria difícilmente deslindable entre lo biológico y lo psíquico. En la alborada de la historia humana, en que surgieron estas ideas, el hombre no podía construír aún el concepto de alma o espíritu de las religiones superiores y de la filosofía y la ciencia actuales; y nuestros antepasados aplicaron aquel concepto primitivo a una de las expresiones principales de la patología nacional con el mismo derecho que ahora aplicamos la teoría del Subconciente o del Stress a las más diversas alteraciones de la salud humana. He aquí algunos datos de la literatura que ha llegado a mis manos:

Entre los aymaras de Bolivia, según VELLARD "la creencia en los espíritus nefastos, los sajra que pueden robar el alma de los hombres es una de las más arraigadas en las poblaciones del Altiplano. No el alma en el sentido cristiano, europeo de la palabra, sino un fragmento del espíritu humano, una de las numerosas almas secundarias cuyo conjunto constituye nuestro ser espiritual. Toda la magia del Altiplano desenvuélvese alrededor de esta creencia. Las enfermedades, la mala suerte, todos los acontecimientos desventurados provienen del robo de una parcela del ser espiritual del hombre por el espíritu malo y de su reemplazo por un elemento contrario introducido en el cuerpo humano. De allí proviene la importancia de los ritos de protección completados por los ritos de extracción". VELLARD inserta en uno de sus trabajos una hermosa invocación recogida en el Tiahuanaco: "Yo os saludo a todos vosotros, achachilas. Yo os doy alcohol para que no robéis nuestras almas y os pido que recibáis mi ofrenda acordándonos vuestra protección para que nuestras almas no sean robadas". Después invoca todos los espíritus de los cerros y del lago: "Ayudadme vosotros, achachilas, achachilas del monte Chipi, achachilas del volcán Capía, del monte Uzpaca, del Illimani, del Illampu,

de los nevados de la cordillera. Ayudadme vosotros los mallcus del volcán Capia, de nuestro padre el Lago, mallcu de las minas, del cerro con sombrero de plata, mallcu del monte Chile, de la cordillera de Quinsa, Chata, mallcu del monte Culiculi, del Ceyay, mallcu del monte Breguela, achachila del monte Palcu, achachila del Sajama, achachila del monte de Santa Rosa. . .".

En los esquimales de Groenlandia según W. THALBITZER cada hombre no tiene una sola alma sino muchas, es decir una pequeña alma en cada miembro, en cada articulación. Un dolor en determinada parte del cuerpo significa que su alma ha salido de él. Las dos almas principales habitan la columna vertebral y se sitúan hacia adelante. La una habita la nuca y la garganta y la otra, la parte inferior del dorso; cuando el hombre muere o pierde la conciencia, es que el alma de la garganta ha abandonado el cuerpo. La enfermedad es considerada siempre como una pérdida del alma, y para curarse acude al mago (Angakkok), quién reintegra el alma extraviada por intermedio de espíritus auxiliares que tiene a sus órdenes.

Acerca de este mismo grupo humano, ya en 1738 POUL EGEDE escribía lo siguiente: "El año precedente un angakkok se jactaba de haber añadido una pieza del alma de una jovencita, que ella había perdido. El había tomado el alma de un ave llamada serlak (pájaro-bobo); pero otro angakkok lo había arrojado y le había dado a ella otro. . .". "Los "angakkok" saben reparar el alma con un tarrak (espíritu) nuevo, y las pequeñas aves los tienen mejores.

Los siberianos del grupo de los Tchouktch's también creen que el hombre común tiene una sola alma; un hombre rico tiene, dos y un shaman, 4 almas. Por ejemplo el shaman de Chamkli tenía 4: un alma que venía de los cerros, otra del mar, una tercera del cielo y una cuarta del mundo subterráneo. Pero fuera de estas almas, todo hombre tiene un alma más pequeña de forma oval y que habita en la cabeza del alma principal; todo lo que se sueña ocurre en el alma inferior. Pertenece al propio CZAPLICKA las siguientes observaciones en relación a otro grupo de siberianos, los Yacut, quienes "piensan que el ser humano está compuesto de tres principios: 1º el Tyn: vida, soplo; 2º el Cut: alma física y 3º el Sur: alma psíquica. Sur es una mitad material y otra mitad psíquica; entra por las sienes de la mujer en el momento de la concepción de un nuevo ser al cual se integra desde ese momento. Sur está localizado en la cabeza y no tiene sombra; Cut está situado en el estómago y tiene tres sombras. Tyn desaparece en el momento de la muerte; Cut pasa al otro mundo; Sur continúa viviendo aquí abajo en otro ser, generalmente como el espíritu tutelar o el espíritu familiar de un Shaman.

El mismo autor ha encontrado también entre los Buryaet, que habitan al este del lago Baikal, la creencia de que el hombre está compuesto de tres partes Oyeye o cuerpo; Amin o alma interior o soplo y Sunyasun, el alma superior del hombre, que lo abandona en el sueño.

En otros pueblos siberianos, el de los Samoides, además del alma y del soplo, el hombre tiene otro espíritu llamado Tos, que no está dentro del individuo, sino a su rededor; el Tos sigue al hombre, pues es su sombra y puede ser percibido por un Shaman, a distancia, denunciando su aproximación.

GUSTAV HOLM, ha observado en los esquimales Ammassalik la creencia de que el hombre está compuesto de tres partes: cuerpo, alma y nombre. El hombre tiene muchas pequeñas almas, del tamaño de un gorrión, localizadas en las articulaciones; si duele una articulación es que un Angakkok o uno de sus espíritus asistentes ha robado el alma de tal articulación, cuya pérdida no es peligrosa, pero al lado de estas pequeñas almas hay otras dos de impor-

tancia vital que residen una en la parte superior del cuerpo (garganta) y otra bajo el diafragma. La pérdida de una o de las dos almas puede ocasionar la muerte. En la enfermedad, el espíritu es robado por entidades sobrenaturales; el alma robada puede haber sido ocultada en un río, lago, nieve, tierra, aire o mar. El enfermo acude al angakkok, quién envía sus espíritus auxiliares a buscar y conducir el alma raptada. Uno de ellos la encuentra en su escondrijo y la pone en la palma de la mano derecha y la lleva así a la choza donde el enfermo que estaba acostado en la banca se incorpora: el espíritu penetra por el ano del enfermo y vuelve a su sitio habitual. Si el alma no es hallada, no curará.

Los indios de la América del Norte, según W. SCHMITH y SKINNER, creen también que el ser humano tiene muchas almas y DIJOUR, entre los indios Matako, del Chaco Argentino, encuentra que un espíritu que habita debajo de la tierra le roba a la gente su imagen; enfermándoles y para curarlos propician el regreso de la imagen con ceremonias consistentes en danzas y ofrendas.

En el Perú la creencia del robo del alma es predominante en los lugares de la sierra, en menor grado en la costa. Según mi información actual, la idea del robo del alma no existe, o sólo subsidiariamente, en las tribus primitivas de la Amazonía, en la que el concepto etiológico de la enfermedad es el de la posesión y no el de la evasión. La enfermedad estaría originada por la introducción de principios o energías extrañas imponiendo una terapéutica mas bien de extracción, por medio de la succión y la frotación. Esto parece ser general a los grupos primitivos que forman las selvas. Entre los aymaras el robo del alma se complica según las observaciones de diferentes autores, entre éllos de VELLARD, con la introducción de principios nocivos en el cuerpo humano, cuyo tratamiento requiere, además de los ritos de protección, los de extracción.

PODER TEURGICO DE LA TIERRA

El aborígen actual no tiene un concepto directo y unívoco del agente causador de la sustracción del alma. En la ceremonia curativa ofrenda casi siempre a la deidad local, espíritu tutelar o espíritu de los antepasados incaicos ("Auquilito") pero el nombre de la enfermedad es Patza (suelo), sin duda porque él ha perdido algo de su contacto con el pasado desde su nueva religión y descuida ya la identificación de las esencias y símbolos de aquel. Pero examinando en conjunto el fenómeno del Jani encontramos las siguientes pruebas de que la tierra es la causa del robo del alma:

1.— El propio contexto del mito, que casi en todas partes señala explícitamente el apoderamiento por el suelo, el cerro u otro accidente telúrico. En algunos pocos pueblos en que se le ignora o prescinde, no se niega dicha acción.

2.— El nombre de la enfermedad: Patza, pachachari, etc. ("Patza o Pacha: suelo o tierra).

3.— El fenómeno del "Susto sin susto", señalado más arriba, y el fenómeno general del poder de los cerros, que pueden robar el alma, que obliga a rendirles ofrenda, como se vé por los relatos de GARCILAZO, POLO DE ONDEGARDO, MOLINA, VILLAGOMEZ, ARNAGA, SANTA CRUZ DE PACHACUTEC, sobre las ofrendas que los naturales hacían a las montañas para evitar su cólera y tener un buen viaje.

4.— Los ritos terapéuticos, dirigidos casi todos a rendir homenaje a la tierra o deidades derivadas de ella para pedirle que deje en libertad al Jani: invocación, ofrendas de chicha, coca y aguardiente; sacrificios, reemplazos. Algunas fórmulas propiciatorias se refieren categóricamente a la Jirca y no al ancestro o demonio local o alternan una con otra forma.

5.— La tierra del sitio en que se ha asustado el enfermo es una medicina o un preventivo de la enfermedad.

Jirca, espíritus de antepasados remotos o demonios raptores de almas se nos presentan como si en el pensamiento médico indígena del Perú fueran una sola cosa o cosas distintas referibles todas a la Tierra como divinidad universal; y en esto nuestros antepasados seguían sin duda una tendencia general de su época a concretizar los fenómenos naturales en la acción de deidades locales del estilo de los Sondergotter de HERMAN USENER y de los "viejos de los cerros" descritos por CZAPLICKA en los siberianos. Entre los naturales de la Nueva Zelandia, TAILOR observó que habían "tantos demonios como enfermedades: Tonga, de la cefalea; Mokotiki, del dolor del pecho; Tu-tangota-kino, de los dolores abdominales; Bongomai, de la tisis, etc.

Al contrario, el pensamiento primitivo podía atribuír múltiples funciones a un mismo fenómeno o elemento de la naturaleza. Así, según BASTIAN, los chinos de la provincia de Pekín conocen "un Dios de los naufragios (Tsang-ta-ti), que no hay que confundir con Tiefi, diosa marina, sentada sobre un pez ni con Tiehoe, santa patrona de los marinos, ni con Kuang-hong, dios de los ríos, sentado en la superficie de las aguas ni con Lomwong, dios de las aguas armado de un bastón".

Finalmente, debe señalarse que en otros pueblos el robo del alma es atribuído a los propios sacerdotes del culto local (shamanes o angakkok), y ahí las invocaciones y ofrendas pidiendo la restitución del ánimo van dirigidas a éllos.

APUNTES PARA UNA INTERPRETACION PSIQUIATRICA Y ANTROPOLOGIA DEL SUSTO O JANI

Para terminar, quisiéramos señalar algunos hechos y relaciones generales, como una contribución inicial a la interpretación médica y antropológica del "Susto", a través de nuestro material de observación y de la información que hemos utilizado; presentando nuestros conceptos más como impresiones e hipótesis de trabajo que como conclusiones.

1.— Hay en el fenómeno del Susto un hecho real, concreto, actual, que compete específicamente a la medicina: el cuadro clínico existe y es una afección del tipo de las reacciones a vivencias, con una figura sintomatológica realmente original, sin duda por el tinte patoplástico dimanado de nuestra raza aborigen, cuya psicología no puede dejar de proyectarse en la enfermedad.

2.— Por lo dicho, el fenómeno entra en su aspecto clínico integramente en el campo de la psiquiatría. El Susto es una enfermedad mental.

3.— El mito etiológico del Jani, que lleva la marca de etapas muy primitivas de la historia humana, hace remontar a tan lejanas épocas los orígenes de la medicina mental y consecuentemente la presencia de trastornos del comportamiento de tipo neurósico en los albores del desenvolvimiento humano.

4.— La terapéutica del susto es todavía en nuestros días esencialmente mágica, pero actuando sobre la enfermedad por las mismas vías y mecanismos psicológicos que utiliza la psiquiatría actual. De este modo el método teúrgico del Jani es un ancestro remoto, pero en la línea directa, de la psicoterapia.

5.— En el aspecto etiológico, la crítica psiquiátrica no puede ejercitarse sino hasta la más superficial de las causas de la enfermedad: el susto-emoción, que marca el comienzo del proceso clínico. Más allá está la pura tradición alegórica, es decir, el Mito, en cuyo campo el psiquiatra no puede ver nada sin el auxilio de las ciencias sociales, en particular de las que tratan de la vida, organización y mentalidad de las sociedades primitivas. A través de ellas vemos la peregrina fábula del robo del alma por la tierra como la única explicación posible de la razón de ser de la dolencia típica, dentro de los recursos representativos de que el habitante pre-histórico del Perú disponía en su época.

6.— En el plano que podemos llamar médico-social, cabe preguntar primeramente por qué en el Susto los síntomas mentales se complican con síntomas somáticos —si bien sólo funcionales y reversibles— de debilidad y adelgazamiento y nó con otros. Las nociones de disposición y terreno morbígeno y las de umbral de receptividad y de reactividad podrían llevarnos a referir el fenómeno a la existencia de un locus minoris resistentiae constituído por la notoria desnutrición del habitante indígena, por causas económico-sociales bién conocidas, a las que vendrían a añadirse el uso y abuso de la coca.

7.— Otro problema es la importancia del Susto-emoción tanto en la sintomatología como en el origen de la enfermedad y la gran frecuencia de esta en la población autóctona, que más de una vez nos ha llevado a reflexionar acerca de la influencia del miedo en la conducta humana y la significación de la enfermedad del Susto en la caracteriología nacional.

No hemos abordado aún este asunto, realmente sugestivo y trascendente. Pero hasta dónde hemos llegado en el estudio psiquiátrico y psicológico del tema, no vemos que el habitante autóctono del Perú sea más propenso a asustarse que el habitante autóctono de otros países. Una prueba fácil de verificar es que tanto en el medio rural como en el urbano son muy raros los casos de "neurosis de espanto", que describe la psiquiatría actual: reacción aguda originada por emoción terrorífica, pero de síntomas distintos al "Susto" peruano, el que además es un proceso de evolución más bien crónico. Entonces lo más probable es que se trate de un modo particular del indígena peruano de reaccionar ante el susto y ante cualquier vulnerante psicológico por una sintomatología somatopsíquica o psicosomática especial, de duración indefinida y de extraordinaria plasticidad terapéutica a las curas mágicas inspiradas en el mito del Jani.

8.— Juega además importante papel en la gran frecuencia del susto en el Perú la obvia significación social del Susto entre nosotros y su calidad antropológica y cultural. Hay en nuestro pueblo algo así como un estado de conciencia social favorable a la realización de la enfermedad por la influencia configurativa de creencias profundamente arraigadas, que gravitan sobre la colectividad como arquetipos o figuras emblemáticas de una enfermedad social de sugestiva aureola mágica y cuyo diagnóstico podría decirse que flota en el ambiente.

9.— El Susto es un fenómeno específicamente peruano. Más allá de las fronteras de este país no existe como tal, pues el nombre de Susto o espanto o el mito etiológico, con o sin intervención de la tierra, se asocian diversamente a expresiones clínicas ajenas al cuadro sintomatológico de nuestro Susto o a prácticas terapéuticas —mágicas o empíricas— distintas del Jani. Ajustando más el concepto, el Susto parece ser una creación del pueblo quechua, conservándose puro, o mezclado a rasgos locales, ahí donde llegó la influencia del Imperio Incaico. El Mito del robo del alma es según creemos patrimonio de pueblos que han alcanzado cierto grado superior de organización; falta en las tribus salvajes de Sudamérica y lo que se relata como existente en algunos centros poblados de nuestra Amazonía nos parece una superposición adventicia atribuíble a la ya lejana dominación incaica y a la actual migración de serranos y costeños a la Selva. Aún más. La intervención de la tierra en el "robo del alma" se nos presenta como una expresión simbólica de la influencia preponderante de lo telúrico o más exactamente de lo orográfico en la vida psicológica y social de la población; y del establecimiento de la agricultura; pues no existe en los pueblos meramente recolectores y cazadores como las tribus de nuestra Selva e impera al máximum en la sierra. Así, lo más probable es que el mito haya nacido en los valles andinos, donde lo telúrico domina en el ambiente; de donde habría pasado a la costa. Los lugares que raptan el alma son cumbres, desfiladeros, barrancos, lagunas y ríos torrentosos, como los que pasan por las vertientes occidentales de la cordillera. Ahí donde el agua es más importante, reinan otras concepciones en la religión y la filosofía como en la economía y la medicina, señalando la prevalescencia del fenómeno hidrológico. En nuestra Amazonía, aparte de una mitología bien diferente de la de otras regiones del Perú, la causa de las enfermedades sería sobre todo, la introducción en el cuerpo de sustancias extrañas, orientándose por esto los ritos terapéuticos hacia la expulsión de los espíritus o principios intrusos, por succión o frotación, cuando no por sinfonías y danzas propiciatorias. Esto parece ser común a todas las tribus primitivas de los bosques tropicales de América del Sur.

Tal repercusión del medio en la concepción patogénica se vé en muchos otros pueblos primitivos. Es curioso por ejemplo, que los sumerianos, pueblos de pastores que vivieron en el Asia Menor 3,000 años y los antiguos egipcios, desde 2,000 años antes de J. C., a las orillas de grandes ríos, (Tigris, Eufrates, Nilo) tuvieran las mismas creencias que nuestros amazónicos de que las enfermedades se originan no por evasión del espíritu sino por sustancias o espíritus extraños que penetran al cuerpo. En Egipto el origen de las enfermedades y su tratamiento giraban esencialmente en torno de los parásitos (gusanos e insectos): el animal es el símbolo de la enfermedad; las enfermedades cuya causa no se descubre son originadas por vermes invisibles; las prácticas curativas mágicas están todas dirigidas a expulsar los parásitos. Para los sumerianos hasta los sueños estarían condicionados por modificaciones de la sangre y de la circulación; el médico se llama A-Su, es decir el que conoce las aguas. La divinidad Ea reside en la profundidad de los ríos; el agua es el elemento principal en los tratamientos y exorcismos: baños, abluciones, compresas, etc.

10.— Acaso no sea ya necesario decir que el fenómeno del Susto es uno de los más preciados tesoros de la realidad peruana, porque el contexto de la tradición vernacular y los símbolos que implica —cuya interpre-

tación es aún incipiente— encierra la secuencia de una historia del Perú no escrita y el proceso de nuestra cultura desde los tiempos más remotos. Su escudriñamiento nos parece así de tanto valor como el descubrimiento y estudio de los monumentos arqueológicos.

Dejando a los estudiosos de la historia, etnología y folklore la interpretación del mito en su aspecto propiamente cultural, los médicos estamos vehementemente interesados en aprehender en esta gigantesca obra esculpida por los siglos y las generaciones, los orígenes del pensamiento humano y la evolución de las concepciones referentes al espíritu y a sus disturbios.

RESUMEN

En este trabajo se hace una reseña de las creencias y prácticas referentes a la enfermedad del "Susto" en la población indígena del Perú y un intento de ubicación psiquiátrica y antropológica del fenómeno, a base de 176 casos observados durante muchos años en su propio ambiente (Callejón de Huaylas).

El "Susto", más frecuente en niños y adolescentes, consiste en síntomas orgánicos (enflaquecimiento y extenuación) y psíquicos (hiperexcitabilidad miedosa, pantofóbica y depresión), originados por una violenta impresión de susto, generalmente por caída al suelo. En el momento del susto el alma ("Jani"), se habría separado del cuerpo, absorbida o raptada por la tierra. El tratamiento consiste en actos mágicos encaminados a devolver el espíritu fugitivo o robado.

El diagnóstico se hace por los síntomas patognomónicos: la extenuación ("michko") y la impresionabilidad y sobresaltos en el sueño ("Tillekshan"); pero mucho mejor por examen de las vísceras del cuye (cobayo) después de haber frotado con él al enfermo. Mediante esta operación ("limpia del cuye") la enfermedad pasaría al animal, registrándose en éste las lesiones "como en una radiografía".

Los métodos de tratamiento consisten principalmente en la invocación del alma ausente, previa ofrenda propiciatoria a la tierra (rito del Jani), y en prácticas de substitución apotropaica del enfermo mediante fricción con mezcla de flores y harinas (Shokma) o con el cuye, ofrendando después el animal o la mixtura a la tierra.

De los 176 casos cuyo cuadro clínico, personalidad premórbida y herencia fué investigada desde 1935, hay 64 de enfermedad mental y 112 de afecciones orgánicas anergizantes (tuberculosis, cáncer, desnutrición, etc.), casi todos con visible ornamento psicogenético. Entre los casos psiquiátricos, 9 pueden calificarse de "Susto típico", 4 de psicosis y 51 de diversas formas de neurosis. La cura mágica es eficaz no sólo en los casos de "Susto" sino también en los otros, por saludable reacción capaz de acelerar la remisión aún de procesos calificadamente somáticos.

Algunos de los hallazgos analizados en el capítulo final son los siguientes:

1.— El "Susto" no es una mera superstición sino un efectivo síndrome psiquiátrico, de origen y mecanismo psicogenético, clasificable dentro de las reacciones a vivencias.

2.— Los métodos de cura mágica actúan por vía exclusivamente psicológica y constituyen por ello un genuino —el más remoto— ancestro de la Psicoterapia en el Perú.

3.— Estas prácticas, y las de diagnóstico por el cuye, aparecen como supervivencias de muy antiguos ritos mágicos y religiosos: invocaciones, conjuros, adivinación en la entraña de los animales, substitución apotropaica del enfermo ante el demonio de la enfermedad, etc., comunes a diversos pueblos primitivos.

4.— En el origen de la enfermedad reconocemos la superposición de tres factores: 1º la conmoción psíquica temerosa (susto-emoción); 2º la separación del espíritu ("Jani") del cuerpo y 3º la Tierra, responsable del robo del alma.

5.— El trauma psíquico del espanto no resulta ser una causa ni necesaria ni suficiente. Se citan casos de "Susto" sin susto.

6.— El mito del robo del alma por la tierra es una interpretación prelógica de la enfermedad; no tiene relación comprensible con el cuadro clínico ni con los demás elementos del fenómeno, siendo probablemente un intento de explicación simbólica.

7.— Más bien en la causación del "Susto" se destaca la acción configurativa de dos órdenes de factores: a) la constitución bio-psicológica del habitante nativo, determinando la calidad y tinte de los síntomas mentales por patoplastia y de los síntomas orgánicos por umbral de reactividad y locus minoris resistenciae; y b) el influjo de las creencias primitivas acerca de las consecuencias clínicas del "robo del alma", que gravitan sobre la colectividad como arquetipos o figuras emblemáticas que tienden a plasmar la enfermedad a su imagen y semejanza.

8.— De este modo, el "Susto" es un fenómeno médico-psiquiátrico de auténtica raíz cultural, antropológica. Y este encadenamiento de una sintomatología especial y una triple motivación etiológica, aparece como un fenómeno típicamente peruano y particularmente quechua; pues el "robo del alma" —mito de extensión universal y correlativo de alma múltiple y parcial— en ningún otro pueblo fuera del nuestro aparece como causa de una bien definida enfermedad psiquiátrica ligada a una impresión de susto, por una parte, y al poder demoníaco de la tierra, por otra parte.

9.— El "robo del alma" y los consecuentes ritos de invocación y reencarnación nos parecen una expresión alegórica de la preponderancia de lo telúrico-orográfico en la vida social de la población, pues no existen en aquéllas en que domina lo hidrológico (sumerianos, egipcios, tribus salvajes de la América del Sur) en las que las influencias morbígenas son de dirección centrípeta y los ritos curativos son más bien de extracción por succión y frotación. Quizá la acción teúrgica de la Tierra del mito quechua esté en relación con la gran importancia del suelo consecutiva al establecimiento de la agricultura. El mito podría haberse originado en los valles de la Sierra, donde lo orográfico es dominante, y de donde habría pasado a la Costa.

BIBLIOGRAFIA

ALVARADO, L.: Datos etnográficos de Venezuela. Bib. Venezolana de Cultura, Caracas, 1945.

AMBROSETTI, J. B.: Supersticiones y leyendas. Edit. Pingüino, Bs. Aires, 1947.

ARRIAGA, P. J. de: La extirpación de la idolatría en el Perú. Vol. I de 2ª serie de Colecc. lib. doc. Hist. Perú, de H. Urteaga, Imp. Sanmarti, Lima, 1920.

BAYON, N.: Citado por Omez, 87.

BETANZOS, J. D. de: Suma y narración de los incas. Vol. VIII, 2ª S. de Colecc. de lib. y doc. Hist. del Perú, de H. Urteaga, Imp. Sanmarti, Lima, 1924.

BIRD, J.: Los agricultores más antiguos de América, M. de la Cultura Peruana, Lima, 1950.

BIRKET-SMITH, K.: Moeurs et coutumes des Eskimo, Payot, Paris, 1955.

BLACKMAN, W. S.: Les féllahs de la Haute Egypte, Payot, París, 1948.

BOAS, F.: Cuestiones fundamentales de antropología cultural. Lautaro, Bs. Aires, 1947.

BOUTHOUL, G.: Traité de Sociologie. Payot, París, 1954.

BUSTAMANTE, J. A.: Importancia de los patrones culturales. Rev. Conf. Méd. Panamericana. 4: 355-360, 1957.

CABELLO BALBOA, M.: Historia del Perú bajo la dominación de los incas, Vol. II de 2ª S. de Colecc. de libr. y doc. ref. a la Hist. del Perú por H. Urteaga, Imp. Sanmarti, Lima, 1920.

CABRERA, P.: La enfermedad del susto y su curación. Folklore, 2: 141-42, 1943.

CALANCHA, A. de la: Corónica moralizada, Public. del Minist. de Educ., B. art. y As. indig., La Paz (Bolivia), 1939.

CASTIGLIONI, A.: Histoire de la Médecine. Payot, Paris, 1931.

CAVAIGNAC, E.: Moeurs et coutumes des Maoris. Payot, París, 1938.

——— : Chronologie de l'histoire mondiale. Payot, París, 1946.

COBO, B.: Historia del Nuevo Mundo. Vol. 91 de Bibliot. de aut. españ. Edit. Atlas, Madrid, 1956.

COLINON, M.: Le couple malade-guérisseurs. Présences, 50: 49-52, 1955.

COLUCCIO, F.: Folklore de las Américas. El Ateneo, Bs. Aires, 1949.

——— : Diccionario Folklórico argentino. El Ateneo, Bs. Aires, 1950.

——— : Antología ibérica y americana del folklore. Kraft, Bs. Aires, 1953.

——— : Fiestas y costumbres de América. Poseidon, Bs. Aires, 1953.

CORIAT, J.: El hombre del Amazonas, Lib. Coriat, Lima, 1943.

CRUZ ROLLA, J.: Folklore, ritos y costumbres del pueblo guaraní. Poseidon, Bs. Aires, 1954.

CZAPLICKA, M. A.: Citado por Thalbitzer, W. 109.

DANZEL, Th. W.: Magie et science sécrete. Payot, Paris, 1947.

DÁVILA, F.: Relación de idolatrias en Huarochirí. Vol. XI de Colecc. de lib. y doc. Hist. Perú de Urteaga y Romero, Imp. Sanmarti, Lima, 1918.

DE LAS CASAS, B.: De las antiguas gentes del Perú, Vol. VI de Colecc. Loayza, Lima, 1948.

DELGADO, J. A.: Folklore y apuntes para la sociología indígena (Tesis) Imp. S. Cristóbal, Lima, 1931.

DEVIC, L. M.: Légendes et traditions historiques de l'archipel indien. E. Leroux, Paris, 1878.

DEWHURST, K. & TODD, J.: The Psychosis of Asociation. J. Ner. & Ment. Dis., 124: 451-459, 1956.

DI LULLO, O.: Folklore de Santiago del Estero. Public. del Inst. Hist. ling. y Folk., Tucumán (Rep. Argent.), 1943.

DIJOUR, E.: Les ceremoines d'expulsion des maladies chez les matako. J. de la Soc. Amer. Nouv. S., 25: 211, 1931.

DONNE, T. E.: Moeurs et coutumes des maoris, Payot, Paris, 1948.

DENTEVILLE, H.: La mythologie francaise, Payot, Paris, 1948.

DUPOUY, W.: Medicina aborigen. El Farol, 163: 34-39, Caracas, 1946.

EGEDE, P.: Citado por Thalbitzer, W. 109.

ESTETE, M. DE: Relación de la conquista del Perú. Vol. VIII, 2ª S. de Colecc. de lib. y doc. Hist. Perú, de H. Urteaga, Imp. Sanmarti, Lima, 1924.

GANDIA, E. DE: Historia crítica de los mitos y leyendas de la conquista americana. Centro Dif. del Libro, Bs. Aires, 1946.

GARCILASO DE LA VEGA: Comentarios reales de los incas, 3 tomos, (Angel Rosemblat) Edit. Emece, Bs. Aires, 1941-1946.

GASTER, T. H.: Les plus anciens contes de l'humanité. Payot, Paris, 1954.

GAUTIER, E. F.: Moeurs et coutumes des Musulmans. Payot, Paris, 1955.

GILLESPIE, R. D.: Efectos psicológicos de la guerra en los civiles y en los militares. Edit. Americalee, Bs. Aires, 1944.

GILLIN, J.: Moche. Institute of Social Antropology, Smithsonian Inst. Washington, 1945.

GUAMÁN POMA DE AYALA, F.: El primer nueva coronica de Buen Gobierno, Vol. XXIII de Travaux et Memoires de l'Institute de Ethnologie, Paris, 1936.

GUTIÉRREZ NORIEGA, C.: Las enfermedades mentales en la raza india. Historia, 2: 361-67, 1944.

HERNÁNDEZ, J. A.: Brujos y hechiceros del Perú antiguo: Fanal, 10: 14-17, 1955.

HIBBEN F. C.: L'homme primitif américain. Payot, Paris, 1953.

HOCART, A. M.: Les progrés de L'homme. Payot, Paris, 1935.

HOLM, G.: Citado por Thalbitzer, W., 109.

HORKHEIMER, H.: El Perú Prehispánico. Cultura Antártica. S. A., Lima, 1950.

IGERT, M.: Le probleme des guériseurs. Vigot Fréres, Paris, 1931.

JANET, P.: Les médications psychologiques. Alcan, Paris, 1919.

JENSEN, A. E.: Mythes et cultes chez les peuples primitifs. Payot, Paris, 1954.

JIMÉNEZ BORJA, A.: Cuentos y leyendas del Perú. Inst. Per. del Lib., Lima, 1939.

KRAPE, A. H.: La genése des mythes. Payot, Paris, 1952.

LASTRES, J. B.: Medicina aborigen peruana. Edit. Med. Peruana S. A., Lima, 1944.

——— : Historia de la medicina peruana, Publc. 4º Centenario Univ. S. Marcos, Lima, 1951.

LATCHMAN, R. E.: La organización social y las creencias religiosas de los antiguos araucanos. Cervantes, Santiago de Chile, 1923.

LEQUERICA, C.: Sachachorro, Imp. Torres Aguirre, Lima, 1942.

LEVY-BRUHL, L.: La mentalité primitive. Alcan, Paris, 1922.

——— : Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures. Alcan, Paris, 1928.

LIPS, J. E.: Les origines de la cultura humaine, Payot, Paris, 1951.

LIZÁRRAGA, R. DE: Descripción de las Indias. Vol. 12 de Colecc. Loayza, Lima, 1946.

LIZERAY, H.: Les sociétes a l'état naissant. Vigot Fréres, Paris, 1904.

LÓPEZ IBOR, J. J.: Neurosis de guerra. Edit. Científico-méd., Madrid, 1942.

LOWWIE, R.: Traité de sociologie primitive. Payot, Paris, 1935.

MAC MUNN, G.: Moeurs et coutumes des basses classes de l'Inde., Payot, Paris, 1934.

MALINOWSKI, B.: Moeurs et coutmes des mélanésiens. Payot, Paris, 1933.

——— : Estudios de psicología primitiva. Paidos, Bs. Aires, 1949.

MARKHAM C. R.: Las posesiones geográficas de las tribus que formaban el imperio de los incas. Vol. VII de 2ª S. Colecc. de Lib. y doc. Hist. Perú de H. Urteaga, Imp. Sanmarti, Lima, 1923.

MÁRQUEZ-RIVIERÉ, J.: Amulettes, talismans et pantacles dans les traditions orientales et occidentales, Payot, Paris, 1950.

MAZZINI, G.: La medicina indigena al di lá delle. Ande. Boncompagni-Sansepolcro, Florencia, 1943.

MEUNIER, L.:Histoire de lt Médicine. Le Francois, Paris, 1924.

MIFET-MONSÓ, J.: Consideraciones médico-psicológicas sobre brujeria y curanderismo. Pub. Direcc. de Cult. Univ. de los Andes. Mérida (Venezuela), 1955.

MOINET, P.: Les batards d'Esculape. Le Francois, Paris, 1933.

MOLINA CRISTOBAL DE: Relación de las fábulas y ritos de los ingas, Colecc. de Lib. y doc. ref. a la Hist. del Perú, de Urteaga-Romero, Imp. Sanmarti, Lima, 1916.

MONGE M. C.: Aclimatación en los Andes, confirmaciones históricas sobre "agresión climatica" en el desenvolvimiento de las sociedades de América. An. Fac. de Medicina de Lima, 28: 307-382, 1945.

MORÚA, M. DE: Historia de los incas, reyes del Perú, Vol. IV de 2º S. Colecc. lib. y doc. Hist. del Perú de Urteaga Romero, Imp. Sanmarti, Lima, 1922.

MOUNTFORD, Ch. P.: Mythes et rites des aborigénes d'Australie Centrale. Payot, Paris, 1953.

MULLER, M.: La mitologia comparada. Edit. Alessandri, Córdoba (argentina), 1944.

MURILLO, VACAREZZO, J.: Aguas fuertes del Altiplano, Imp. López, Bs. Aires, 1946.

MUSSILIER, R.: Note sur la psychologie profonde de ceux que s'adreasent aux guérissaurs, Présences, 50: 16-20, 1955.

NICOLAY, F.: Historia de las creencias, superticiones, usos y costumbres. Anaconda, Bs. Aires, 1946.

OLIVERA CEZAR, F. D.: Leyendas de los indios quichuas, Imp. Méjico, Bs. Aires, 1893.

OMEZ, R.: Que penser des guérisseurs? Présences, 50: 6-16, 1955.

OTERO, G. A.: Figura y carácter del indio. "Juventud", La Paz-Bolivia, 1954.

PACHACUTI, J. DE S-C.: Relación de Antigüedades deste Reyno del Pirú. Vol. IX, 2º S. de lib. y doc. Hist. Perú, de H. Urteaga, Imp. Sanmarti, Lima, 1927.

PAGE, J. W.: Les derniers peuples primitifs. Payot, Paris, 1941.

PARDAL, R.: Medicina aborigen americana. Colecc. Humanier. Bs. Aires, 1937.

PÉREZ PALMA, R.: Evolución mitica en el imperio incaico del Tahuantinsuyo. Imp. J. Vidal, Lima, 1938.

POLO DE ONDEGARDO, J.: Informaciones acerca de la religión y gobierno de los incas, vol. III y IV de la Colecc. lib. y doc. Hist. Perú, de Urteaga y Romero, Imp. Sanmarti, Lima, 1916-1917.

POUEIGH J.: Le folklore des pays d'Oc. Payot, Paris, 1952.

Primeros agustinos: Relación de idolatrías en Huamachuco. Vol. XI de Colecc. lib. y doc. Hist. Perú, de Urteaga-Romero, Imp. Sanmarti, Lima, 191.

REGNAULT, J.: Sorcellerie, A. Légrand, Paris, 1936.

REICHEL-DELMATOF, G.: Algunos aspectos de la medicina popular en una población mestiza de Colombia. Folklore Americano. 3: 37-51, 1955.

REIDER, H. R.: Le folklore des peaux-rouges. Payot, Paris, 1952.

ROBERT, J. M.: Dans le maquis du guérissage. Présensces 50: 21-48, 1955.

RODÍGUEZ LÓPEZ, G.: Intrusos y curanderos. Arch. Med. Legal de Bs. Aires, 19: 27-44, 1949.

SAINTIVES, P.: Manual de Folklore. Lib. E. Nourry, Paris, 1936.

SANTILLÁN, F. DE: Origen descendencia, política y gobierno de los incas. Vol. IX, 2º. S. de Colecc. Lib. y doc. Hist. Perú, de H. Urteaga, Imp. Sanmarti, Lima, 1927.

SCHMITH, W. & Skinner. Citados por Thalbitzer, W., 109.

SÉBILLOT, P.: Le folklore de la Bretagne. Payot, Paris, 1950.

SMITH, A. H.: La vie des paysans chinois. Payot, Paris, 1930.

SOCOLOV, I.: Le folklore russe. Payot, Paris, 1945.

STÉPHEN-CHAUVET: La médecine chez les peuples primitifs. Maloine, Paris, 1936.

TELLO, J. C.: Las primeras edades del Perú por Guaman Poma. Ensayo de interpretación. Public. del Mus. Antropol., Lima, 1939.

THALBITZER, W.: Les magiciens esquimaux, leurs conceptions du monde, de l'ame et de la vie. Journ de la Soc. des Americ. N. S., 22: 73-106, 1930.

THOMAS D. L.: Lectures sur l'histoire de la Médecine A. Delahaye & E. Lacrosnier, París, 1885.

THURNWALD, R.: L' esprit humain. Payot, París, 1953.

UNÁNUE, H.: Obras científicas y literarias, tomo II, Tip. La Académica, Barcelona, 1914.

USENER, H.: Citado por Krappe, 57.

VALCÁRCEL L. E.: La Cultura antigua del Perú. Fanal, 10: 2-6, 1955.

VALDIZÁN, H. & MALDONADO A.: La Medicina Popular Peruana. Imp. Torres Aguirre, Lima, 1922.

VALDIZÁN, H.: La Brujería. Imp. Torres Aguirre. Lima, 1922.

VALERA, B.: Las costumbres antiguas del Perú. Vol. VIII de Colecc. Loayza, Lima, 1945.

VARALLANOS, J.: El derecho inca según F. Guamán Poma de Ayala. Tip. Sta. Rosa, Lima, 1943.

VÉLLARD, J. A.: Importancia del folklore para las investigaciones sobre las prácticas médicas y mágicas del altiplano boliviano. Bol. Asoc. Folk. Argentina. Nº extraordinario, 1942.

VERGIAT, A. M.: Moeurs et coutumes des Manjas. Payot, París, 1937.

—— : Les rites sécrets des primitifs de l' Oubangui, Payot, París, 1951.

VICUÑA-CIFUENTES, J.: Mitos y superticiones. Imp. Universitaria, Santiago de Chile, 7915.

VILLAGOMES, P. DE: Exhortaciones e instrucción acerca de las idolatrías de los indios del Arzobispado de Lima, vol. XII de Colecc. de lib. y doc. Hist. Perú, de Urteaga-Romero, Imp. Sanmarti, Lima, 1919.

VILLAREJO, A.: Así es la Selva. Imp. Sanmarti, Lima, 1953.

ZUCKER, C.: Psichologie de la superstition, Payot, París, 1952.

CLUBS DE TERAPEUTICA SOCIAL *

por HUMBERTO ROTONDO **

Hemos iniciado en el servicio de admisión (Pabellón 12) del Hospital Víctor Larco Herrera, con la debida autorización y aliento de su Director Dr. Juan F. Valega, un experimento de terapia de grupo, especificamente del tipo de los Clubs de terapéutica social conforme a los lineamientos sugeridos, en Inglaterra por JOSHUA BIERER. *

No nos ocuparemos, en este trabajo, de las vicisitudes de nuestro experimento en marcha, ni de las repercusiones institucionales, sino más bien de ciertos conceptos fundamentales acerca de este tipo de tratamiento social de los enfermos mentales con la intención de delimitarle convenientemente de otras formas de terapia de grupo.

La psicoterapia de grupo ha llegado a formar parte del arsenal de medios terapéuticos a disposición del psiquiatra en el Hospital mental. Desígnase con este término todo procedimiento de tratar pacientes psiquiátricos en grupos, bajo la dirección de un psicoterapeuta, teniendo como objetivo básico aliviar los sufrimientos y mejorar el funcionamiento social y personal de sus miembros; para este fin se utilizan, como medios, las interacciones de los mismos con el líder o dirigente y entre sí, así como las influencias derivadas de las regulaciones y normas del grupo. Esta definición amplia incluye los más diversos tipos o formas de acción de grupo entre los que se halla aquel con el que estamos experimentando: el Club de terapéutica social.

Puede decirse que, esencialmente, toda acción de grupo, con fines terapéuticos, está encaminada a producir o facilitar cambios de actitud en sus miembros con miras a hacerles posible la vida, una existencia más llevadera, productiva y satisfactoria y, en general, para ampliar y facilitar en un sentido constructivo, integrador, sus relaciones interpersonales. Debe recordarse que estas acciones de grupo no persiguen otro fin que el bién de cada uno de sus miembros, sin que deban servir a objetivos ajenos a los individuos, lo que, en verdad, sólo ocurre cuando llegan a identificarse los fines u objetivos del grupo con los de cada uno de sus integrantes. Otra nota común a las más diversas formas de terapia de grupo es que todas incluyen un dirigente que, en cierto sentido y de maneras muy diversas, selecciona sus miembros, los que a su vez le buscan para guianza y hacia el que se sienten dependientes. El dirigente determina la estructura y el modo de funcionamiento del grupo con miras a que todos participen espontaneamente en la medida de lo posible. De otro lado, se advierte que no hay grupo terapéutico que no tenga sus normas o "standards" y maneras de proceder, todo ello encaminado, nótese bien, a favorecer la participación con el fin de crear las condiciones más favorables para una modificación de actitudes en la dirección terapéuticamente desea-

* Experimento que comienza en Abril y concluye en Diciembre de 1956.

** Médico Residente, Hospital Victor Larco Herrera.

ble. Estos "standards" se dirigen, en el mejor de los casos a ayudar la expresión de las actitudes y reacciones de todos los integrantes del grupo y, en general, al respeto por las acciones y puntos de vista de todos sin excepción.

Desde un ángulo terapéutico precisa mencionar todo aquello que, en parte según JOSHUA BIERER, puede obtenerse a través de las diversas terapias de grupo, por supuesto que no en todas de igual manera o en todos sus aspectos: 1) El grupo satisface las necesidades sociales, que son básicas en todo individuo y que están presentes, si uno se digna prestar atención, tanto en normales como en neuróticos y psicóticos. Esta necesidad social, o hambre social, como le denomina SLAVSON, significa entre otras cosas: el deseo de compañía, de ser aceptado, de pertenecer a un grupo y de ser bién visto por los demás, 2) El grupo proporciona al individuo un sentimiento de protección y de amparo a través del apoyo y de la aceptación que ofrece, 3) El enterarse que otros tienen los mismos padecimientos produce una aproximación y, aún, puede alejar ciertos temores y sentimientos de culpa, 4) El ambiente de grupo facilita la catarsis o expresión de los afectos y experiencias penosas, 5) La situación de grupo provee una oportunidad para la ventilación de agresividades en una forma socialmente canalizada, 6) El ambiente de grupo favorece una disminución de cualquier forma de preocupación o atención excesiva a uno mismo ya que no hay grupo que lo aliente cuando tiene un efectivo sentido terapéutico, 7) El ambiente de grupo favorece identificaciones valiosas, lo que a la postre resulta robusteciendo e integrando la personalidad.

Las muchas formas de terapia de grupo pueden dividirse en cuatro tipos básicos: a) las formas de discusión o de entrevista que favorecen las interacciones, cara a cara, en una atmósfera libre, alentadora de la expresión de afectos, analizándose dichas interacciones entre los miembros y el terapeuta con el fin de discutir y corregir actitudes emocionales y lograr, así, formas más efectivas y maduras de comportamiento. Estas interacciones son eficaces en pequeños grupos, no más de 8 miembros, y suponen frecuentes reuniones durante un tiempo prolongado. Debemos mencionar que en el experimento en marcha se incluyen discusiones de grupo a propósito de lecturas lo que constituye una variante de este primer tipo, b) Las formas que dan sobre todo soporte emocional y aliento y proporcionan entusiasmos y una orientación, sin que se analicen explícitamente conductas e interacciones pero aceptándose confesiones y catarsis. A estas formas pertenecen los "Alcohólicos Anónimos" y diversos grupos de orientación religiosa, c) El psicodrama que, como bien se sabe, más que una simple comunicación verbal busca la dramatización de situaciones, su representación, las que son discutidas por el grupo, d) Los clubs de terapéutica social.

El club de terapéutica social es un grupo organizado bajo líneas institucionales, es decir está regido por normas o reglamentos explícitos, tiene socios, elige junta directiva, toma acuerdos y los ejecuta. Mediante su actividad se trata de crear una atmósfera que facilite la participación de sus miembros en acciones de bien común, a las que puedan y deben hacer algún aporte los diversos miembros. Al lado de dirigentes elegidos por los propios pacientes, ya veremos cómo, existen dirigentes profesionales: un psiquiatra, una asistenta social con experiencia en servicio social de grupos, o una enfermera debidamente adiestrada y orientada, que seleccionan sus miembros y asisten a todas las sesiones pero procurando quedar en un segundo plano; al obrar así favorecen la participación de los diversos miembros y evitan las peligrosas dependencias que echarían a perder muchos de los frutos terapéuticos que se

anhelan, a saber: la iniciativa y el ejercicio de la responsabilidad de parte de sus integrantes. La razón de ser de estos clubs, no hay que olvidarlo, es el incremento de la habilidad o destreza social de sus miembros, la lucha contra el aislamiento y en pro de la participación en una realidad social acogedora, valiosa, que haga vivir a los pacientes del Hospital psiquiátrico experiencias saludables comparables a las de la vida real, del mundo extra-hospitalario.

Los más de los pacientes que pueblan el Hospital Víctor Larco Herrera, como en muchos otros Hospitales psiquiátricos, están aislados entre sí y con respecto al personal. Esta soledad, que no todos la aceptan con júbilo, incrementa los malos entendimientos interpersonales, no permitiendo información adecuada respecto de los demás y la posibilidad de rectificaciones de conjeturas y suposiciones a través de experiencias correctivas; pero asimismo los priva de múltiples satisfacciones y estímulos que sólo pueden obtenerse mediante una intervención activa en un grupo y, en general, a través de relaciones interpersonales gratas, cordiales, sin amenazas ni subestimaciones.

E. B. STRAUS que junto a J. BIERER ha experimentado extensamente con clubs de terapia social afirma muy acertadamente: "Es indudable que actitudes inadecuadas juegan un papel importante en la psicopatología de muchos desórdenes mentales y emocionales y —lo que no está suficientemente reconocido— las relaciones interpersonales de una persona enferma mental invariablemente es defectuosa no importa la etiología de la enfermedad". Existen errores crasos como el creer que los síntomas que presenta un enfermo son debidos exclusivamente a la enfermedad o a complejos tales o cuales que sólo están esperando estas o aquellas más o menos específicas acciones terapéuticas. Indudablemente nuestros pacientes sufren, además, por el hecho evidente de que muchas de sus posibilidades y capacidades positivas para un funcionamiento social y personal más adecuados se hallan como bloqueadas o paralizadas por falta de estímulos y alientos. No siempre se vé en el enfermo mental una persona que puede asumir ciertas responsabilidades, una existencia capaz de ciertos proyectos, de orientarse hacia valores positivos, pues interesa más la delusión o la pseudopercepción y menos sus necesidades psicológicas y espirituales.

En todos los enfermos, aún en el esquizofrénico, se hallan latentes capacidades para una vida social constructiva, deseos de contacto humano y de actualizar sus dotes. En nuestro experimento hemos podido comprobar en pacientes, que habían permanecido aislados y a los que se suponía apagados, toda una movilización de capacidades y entusiasmos a través de la acción de grupo. A este propósito recordemos a lo que certeramente ha destacado JOHN C. WHITEHORN: "todo paciente es una persona que alguna vez funcionó de una manera satisfactoria y tuvo una dotación de valores personales que le ligaba en sentido satisfactorio con sus semejantes. Estos atributos humanos no están del todo perdidos durante la perturbación psicótica y puede suceder que en las prolongadas complejidades de las interacciones interpersonales, que ocurren durante el tratamiento psiquiátrico, potencialidades dormidas pueden activarse, esperanzas y expectativas normales pueden reanudar algo de su acostumbrado papel y mucho de lo que es actual o potencialmente normal puede robustecerse o favorecerse".

El retraimiento de los enfermos se acentúa debido a todo lo que incrementa su diferencia de los demás, a más de que la ausencia de un medio hospitalario lo más parecido a la realidad viva, de actividades organizadas y regulares, hace que caiga en desventajas, se desenvuelva casi en un vacío, y se intensifique progresivamente su de-socialización.

En cierto sentido puede decirse que la terapia a través de los Clubs, ofrece una realidad que favorece la comunicación entre sus miembros; llegan a conocerse más, a intercambiar ideas y actitudes con más facilidad; y las actividades sociales se incrementan y esto sin presiones y con alientos colectivos que les permite superar, como todo buen observador lo ha notado, cualquier sentimiento de inferioridad o de mengua en el respeto de sí mismo. Los valores compartidos: los fines, planes y esfuerzos compartidos crean las condiciones para un acercamiento entre los pacientes, pero hay que destacar que, recíprocamente, "la capacidad para efectuar cambios de valores se robustece inmensamente a través de la cohesión y participación en grupos" (Sol. W. GINSBURG).

Los clubs pueden ofrecer medios para activar a los psicóticos proporcionándoles incentivos para su mejoría, engendrando intereses, es decir ligando, hacia algunos aspectos de la realidad (su prójimo, actividades recreativas, alguna ocupación) pero todo en una experiencia de grupo, en una pequeña "comunidad" organizada, en una atmósfera estimulante de un grupo que se está dirigiendo a sí mismo. En el Club 12, que sesiona y funciona en un servicio de agudos, los miembros participan en reuniones de cine forum, leen en común y discuten la lectura, organizan campeonatos de diversos juegos, ya entre sí y con los miembros de otros clubs que han comenzado a organizarse y, lo que es más interesante, con todo entusiasmo y esmero planean y llevan a cabo fiestas sociales, bailes, a los que invitan a las enfermeras. Ahora resulta clara la diferencia señalada por PAUL SENFT entre las diversas formas de terapia de grupo, ya mencionadas, y la acción de los Clubs de terapia social: las primeras se basan fundamentalmente en grupos de preparación para la vida y su meta es la resolución de los conflictos psicológicos de los pacientes, en cambio los clubs de terapia social proveen fundamentalmente una experiencia directa de la realidad o de la vida.

Pasemos enseguida a ocuparnos de lo concerniente a la organización de estos clubs conforme a la experiencia que hasta el momento ha dado mejores resultados (J. BIERER, K. THOMPSON, D. BLAIR). Nos vamos a referir solamente a la organización de clubs con pacientes hospitalizados. Estos clubs pueden establecerse ya con pacientes agudos, de reciente admisión, como en el caso de nuestro experimento, el que además ofrece la característica de una población muy cambiante, o con pacientes crónicos que requieren una hospitalización contínua e integran, por lo general, un conjunto definidamente estable en cuanto a su composición. Sería conveniente una experiencia especial con esta segunda clase de pacientes en los que se han observado cambios sorprendentes, aún entre aquellos considerados irremediablemente deteriorados (BLAIR).

El grupo, que se ha de organizar en Club, debe ser escogido cuidadosamente procurándose una composición variada, siendo conveniente que se incluyan toda clase de pacientes: tímidos y expansivos, pasivos y con alguna iniciativa. Han de incluirse unos dos o tres posibles dirigentes y otros que puedan adiestrarse con este fin. Sin líderes "pacientes" el club no marcha fácilmente, el entusiasmo suele decaer y esto en forma más apreciable de lo que comunmente se observa en trabajo de grupo con personas normales. Nosotros creímos conveniente despistar los posibles líderes valiéndonos de técnicas sociométricas y, muy interesantemente, aquellos que en los tests sociométricos fueron objetos de mayores preferencias, por sus compañeros de sala, resultaron elegidos por la Asamblea, para los cargos directivos, salvo un caso, un sujeto de un "status" social muy diferente al resto, distante socialmente de éllos

y con gran prestigio intelectual, que no siendo muy acogido socialmente fué, casi sumisamente, elegido por el grupo; la experiencia posterior reveló en este sujeto afán de dominio, incapacidad de ver los puntos de vistas ajenos y en la vida institucional, como fuera de ella, se mostró intolerante, monopolizador de discusiones e iniciativas y ocasionó un sin fin de fricciones.

El grupo ha de incluír sólo a los pacientes que habitan una misma sala o pabellón lo que, naturalmente, es condición favorecedera de frecuentes contactos e intercambios sociales informales entre los asociados. En cuanto al número no es conveniente que pase de unos veinte por las mismas razones de favorecimiento de las interacciones sociales.

¿Qué clase de pacientes se excluirán de estos Clubs terapéuticos? A nuestro entender conviene experimentar, pero ha de evitarse una situación incompatible con la debida participación de los diferentes miembros; para esto precisa alejar a aquellos muy perturbados, en gran agitación psicomotriz y con manifestaciones de agresividad excesiva y seguir muy de cerca a todos aquellos que tiendan a dominar, a monopolizar la situación y a utilizar el grupo para fines destructivos (maníacos, psicopatas etc.).

La experiencia ha probado la conveniencia de ir formando previamente una atmósfera favorable a la constitución del grupo. Esto requiere una labor sistemática y prudente de propaganda. El futuro club debe ser presentado como un centro social, recreativo y en el que podrán cultivarse actividades y ocupaciones favoritas para el bien de sus integrantes. Pero se destacará, aún en esta etapa preliminar, que ellos tendrán la dirección y responsabilidad de su marcha, teniendo siempre presente las ideas centrales de J. BIERER de crear a través de estas instituciones: "un ambiente donde el paciente pueda ejercer contról de sí y tomar responsabilidades completas como en la vida ordinaria" "tratándole como si fuera normal" y dándole "una oportunidad para pensar y desarrollar iniciativas para sí y los demás", "un incentivo a pensar, planear y crear".

En esta etapa resulta valioso un estudio indagatorio de las necesidades recreativas, sociales, ocupacionales y educativas de los pacientes. Nosotros hemos llevado a cabo encuestas con la doble finalidad: a) de formarnos una idea de lo que les hacía falta, de los planes que pudieran sugerir y de los medios planteados para su logro; b) contribuir a la creación de la atmósfera favorable al proyecto comenzando a interesarles activamente en él.

Es bueno, luego, que sea un futuro miembro del club, un posible dirigente, quién presente a la Asamblea inicial el proyecto de organización de esa institución con fines sociales, recreacionales y ocupacionales, lo que necesariamente ha de ser complementado por las exposiciones que hagan los dirigentes profesionales. Es norma básica del funcionamiento del grupo que los directores de debate, desde un comienzo, busquen siempre la opinión de los demás para dar forma a cualquiera iniciativa o idea, y en general para que marche hacia los fines que se propongan. No conviene colocar punto final al debate tras de haber obtenido una buena solución sin antes consultar a todos los miembros en relación a lo que piensan y proponen a su vez. Estos clubs, cuando están bien dirigidos, marcharían, según expresión admirable de JEROME D. FRANK, de acuerdo a las mejores normas o líneas parlamentarias. Los clubs de terapia social son cuerpos democráticos y en éllos todo acuerdo es preferible se tome en Asamblea general con el objeto de fomentar la participación de todos los socios a través del ejercicio del debate y de la consulta. Es de responsabilidad de los dirigentes profesionales prestar constante atención a la conveniencia de una intensa participación de todos los miembros, lo

que han de ayudar de una manera cauta, indirecta, "no directiva". Si esto no se hace se corre el riesgo de propiciar la aparición de un pequeño núcleo de dirigentes que simplemente arrastran a un gran número de pasivos seguidores. Todo lo manifestado puede parecer poco práctico, lento o engorroso, pero, a la larga, los beneficios se aprecian no tanto por el monto de las obras materiales realizadas cuanto por las iniciativas y participaciones que se han podido despertar aún en el paciente más pasivo y retraído. J. BIERER recomienda frecuentes reuniones y esto, lo hemos comprobado, mantiene el interés y robustece el sentimiento de grupo.

La junta directiva que se elija no debe durar en funciones más de dos o cuatro meses. Esto facilita el concurso de una variedad de pacientes durante un tiempo prudencial compatible con el promedio de hospitalización en un servicio de agudos o permitiendo una renovación de dirigentes en aquellos clubs que funcionan con pacientes más bien crónicos y de larga hospitalización, lo que dá una oportunidad para que muchos pacientes se beneficien psicológicamente del ejercicio de "roles" o papeles directivos específicos.

El consejo directivo consta, no apartándose de los lineamientos clásicos, de un presidente, un vice-presidente, un secretario, un tesorero y de un cierto número de miembros de comité, todos elegidos por la Asamblea. Estos miembros de comité tiene labores específicas de planeamiento y ejecución, previa aprobación de sus planes por la Asamblea, en relación a diversas actividades: de biblioteca, de cine, de música, de extensión cultural, de deportes, de periodismo etc. Pero es indispensable una constante consulta a los asociados aún a propósito de las iniciativas partidas de los dirigentes.

Merece extenderse sobre ciertos puntos de organización que resultan fundamentales para la buena estructuración y marcha terapéutica de los clubs: 1) Cualquier paciente de la sala o pabellón, según sea el caso, puede ser miembro del club, bajo aprobación del médico, debiendo ser propuesto por algún socio a la Asamblea y ser elegido por ella; 2) Los antiguos miembros del Club, pacientes que salen de alta o de licencia, continúan formando parte de él; 3) La dirección del Club está en manos del consejo, en constante consulta con la Asamblea; 4) En general se acepta una supervisión continua y discreta de parte de los dirigentes profesionales, los que procuran colocarse en un segundo plano, sugiriendo cautamente, fomentando iniciativas, alentando pero núnca imponiendo; 5) Es casi una regla que los miembros lleven invitados a las sesiones del Club; 6) El personal del Hospital no frecuenta el Club, salvo invitación de parte de algún miembro o socio; 7) La disciplina se deja enteramente en manos de los miembros del Club.

El gobierno autónomo del Club constituye el fundamento de estos grupos de terapia social, pero esto no significa, como ya lo hemos manifestado, ausencia de supervisión. Debe alejarse de su dirección, eso sí, a las personalidades psicopáticas, que puede tratar de someter al resto de los pacientes a una suerte de esclavización, a los maníacos e hipomanicos monopolistas etc. Otro serio inconveniente se produce cuando el psiquiatra lo pretende dirigir todo, e inoportunamente, anulando la iniciativa o espontaneidad de los socios. Como bién lo recuerda BIERER deben evitarse ambos extremos. Para alejar la primera posibilidad conviene que el psiquiatra proponga a la Asamblea varios pacientes, aptos para el liderazgo, con el objeto de que esta escoja de ellos al Presidente y al Vice-Presidente. En cuanto a lo segundo: análisis frecuentes de la marcha del grupo permitirían, también, una discusión de las actitudes de los dirigentes profesionales en lo que se refiere a su repercusión sobre

el grupo entre sí, y con respecto a todo el personal encargado del cuidado y asistencia de los pacientes.

En lo que atañe al "rol" o papel de la enfermera en relación a las actividades de estos clubs es de señalar que si toman conciencia de su influencia constructiva como animadoras pueden ser un factor decisivo para su buena marcha sobre todo en aquellos integrados por pacientes crónicos, de escasa iniciativa y que requieren perseverante aliento. La actividad de estos clubs no están en oposición a otros planes recreativos, ocupacionales y educativos en los que participan, naturalmente, la enfermera y otros auxiliares sino que representa esencialmente un medio para la socialización de los pacientes y para movilizarles en circunstancias de autonomía lo más semejantes a las que podrían desarrollar fuera de la institución psiquiátrica. Pero está probado que el desarrollo de los planes en beneficio de los pacientes ha de ser objeto de la acción coordinada, armoniosa de todos los que tienen que ver con ellos, aunque esto sólo se hace posible cuando la comunicación entre todos es amplia, en todo sentido, no unidireccional, y no se olvida, como lo ha mencionado GISELA KONOPKA, experta en trabajo de grupos, que en una Institución los servicios que se introducen han de ser para el beneficio de los enfermos: "el pecado imperdonable —dice ella— es introducir la competencia y rivalidad de servicios, lo que en realidad nos hace olvidar al cliente (el paciente) y enfoca el problema en nosotros que somos en realidad los que estamos para prestar los servicios".

En lo que concierne a las actividades que pueden llevar a cabo los Clubs de terapia social son ilimitadas y se distribuyen, generalmente, entre: 1) sociales. 2) recreacionales. 3) ocupacionales y 4) educativas. Algo que les caracteriza y le dá un sello peculiarísimo es que son planeadas y ejecutadas por los mismos pacientes, debidamente supervisados, no nos cansamos de repetir, pero para su propio provecho y de otros pacientes. cosa que, inclusive, a la postre, es factor poderosísimo de motivación auténtica ya que les hace sentirse que valen y son capaces de ayudarse y de ayudar a los demás. Este es el principio básico de la ayuda propia, esencial del Servicio social de grupos y de la colectividad y que orienta terapéuticamente a los Clubs del tipo BIERER.

Para concluir he aquí el resúmen de lo que constituye lo esencial y determina que el Club de terapia social justifique su nombre: 1) que un psiquiatra y alguna asistenta social o enfermera debidamente adiestrada participen activamente, 2) que el club se dirija a sí mismo, 3) que se propicie una atmósfera de ayuda mutua, de intercambio y de amplia comunicación en el grupo, 4) que se conduzca sobre principios terapéuticos y se encuentre animado de un objetivo psicoterapéutico, 5) que está en relación con un grupo terapéutico o social que le provea de enfermos, 6) que las enfermeras, tratándose de clubs intramurales, no dejen de animar con discreción y constancia en las diversas actividades.

Grandes son los beneficios que resultan de los Clubs de terapéutica social. Su tarea específica es el tratamiento de los asociales, de la desadaptación a la vida de sociedad y, aparte, como un complemento a otros tratamientos psicológicos, farmacológicos y físicos. En realidad el Club de terapéutica social es una unidad con un fin psicoterapéutico no evidente para el enfermo que lo frecuenta. De otro lado es el único medio, en el ambiente hospitalario, donde un enfermo puede ser observado en condiciones normales óptimas, es decir lo más parecidas a las de la vida real extra-hospitalaria. Finalmente, es un lugar donde pueden administrarse formas diversas de psicoterapia (trabajo, arte, discusiones de grupo, etc.), así como el centro donde pueden utilizarse y crearse situaciones específicas que permitan experiencias correctivas emocionales o sea experiencias que favorezcan cambios de actitudes.

El primer club de terapéutica social lo organizó JOSHUA BIERER, en 1939, en el Hospital de Runwell (Essex, Inglaterra). Desde aquella fecha se ha difundido y acreditado como un valioso instrumento terapéutico no sólo para pacientes hospitalizados sino para ambulatorios, pero se corre un grave peligro, al decir del mismo BIERER: "El Club terapéutico llega a no tener valor si no se cuenta con un staff debidamente entrenado. No vale la pena abrir otros clubs hasta que no se haya adquirido experiencia en uno ya existente".

RESUMEN

Se revisan los conceptos fundamentales de la terapia de grupo a través de los Clubs de terapia social destacándose su importancia para la socialización de los pacientes psiquiátricos. Consígnase una experiencia en marcha en un servicio de admisión del Hospital Víctor Larco Herrera.

BIBLIOGRAFIA

BERNARD, P.: "Une experience de psychotherapie collective a l'hospital psychiatrique: le cercle de malades". Ann. Med. Psychol. 105: 196-203, 1947.

BIERER JOSHUA EDITOR: "Therapeutic Social Clubs" H. K. Lewis & Co., London 1948.

———— : "Modern Social and group therapy" in Modern trends in Psychological Medecine, Ed. by Noel G. Harris, Paul B. Hoeber, 1948.

———— : "Clubs de therapie sociale" L'Hygiene Mentale, Nº 3, 75-84, 1954.

BLAIR DONALD A. S.: "Therapeutic social club" Ment. Hygiene 39: 54-62, Jan. 1955.

FRANK J. D.: "Group Methods in Psychotherapy" in Mental Health and Mental disorder' Ed. by Arnold Rose, W. W. Norton & Co., New York, 1955.

GINSBURG, S. W.: "Values and the psychiatrist" Am. J. Orthopsychiat. 20: 466-499, 1950.

HOMANS, G. C.: "The Human group". Harcourt, Brace and Co., New York, 1950.

HYDE, R. W. and SOLOMON, H. C.: "Patient government: a new form of group therapy", in Digest of Neurology and Psychiatry (The Institute of Living), April, 1950.

KONOPKA, G.: "The role of the social group worker in the psychiatric setting". Am. J. Orthopsychiat. 22: 176-185, Jan. 1952.

ROTONDO, H.: "Psicología de la espontaneidad y de la participación". La Prensa, Enero 15, 1956.

SENFT, P.: "Social clubs, their tensions and stratifications" in "Therapeutic Social Clubs" Ed. J. Bierer.

SIVADON, P.: "Les activités de groupe a l'hospital psychiatrique" Ann. Med. Psychol. 105: 192-196, 1947.

SIVADON, P. S. FOLLIN & MLLE S. TOURNAUD.: "Clubs sociotherapiques a l'hospital psychiatrique". Ann. Med. Psychol. 110: 484-489, 1952.

SLAVSON, S. R.: "Analytical Group psychotherapy" Columbia Univ. Press. New Pork, 1950.

THOMPSON, K.: "The in-patient club" in ::Therapeutic Social Clubs". Ed. J. Bierer.

NATURALEZA Y RAZON

ENSAYO SOBRE LA SIGNIFICACION DE LA TEORIA EN EL CONOCIMIENTO PSIQUIATRICO.

por Emilio Majluf

Homenaje en el primer centenario del nacimiento de Sigmund Freud (1856-1956).

INTRODUCCION

Un conocimiento es de veras objetivo si llega a captar el objeto tal como el objeto es. Pero surge aquí la pregunta ¿cómo saber en un caso concreto si se ha arribado al objeto tal como es? Tratándose de la psicología y de la psicopatología el problema del conocimiento es arduo, pues el determinar en qué consiste sus objetos tropieza con grandes dificultades. La captación de los fenómenos psíquicos normales y patológicos en forma desnuda y natural(empleando la palabra "natural" como opuesta a toda artificialidad o deformación que haga o presente el objeto distinto a como es) es una tarea cuya culminación todavía no hemos alcanzado. Los caracteres de la estructura objetiva de lo psíquico hacen que su captación no lleve a un conocimiento claro e indubitable sino artificioso y oscuro.

Tenemos frente al conocimiento de lo psíquico, como un aspecto de la naturaleza, dos importantes concepciones o actitudes. Una se atiene a lo que se da, a lo presente de manera directa. Dentro de ella todo supuesto o inferencia es una intromisión que deforma la naturalidad. Otra considera que esta dación es una manifestación burda del objeto, de manera que lo natural hay que buscarlo o inferirlo. En el primer caso el conocimiento es receptivo, en el segundo el resultado de una construcción. Si consideramos que existe cierto orden en la naturaleza entonces tenemos la posibilidad o condición de la inteligibilidad por la razón autónoma.

Tomando como punto de partida estas ideas, veamos cuáles son las vicisitudes del planteamiento evidentista (fenomenológico) y del constructivo (teorético) en el campo de las disciplinas psicológicas y psicopatológicas.

Aristóteles en "De Anima", libro I, escribe: "Obtener cualquier conocimiento seguro sobre el alma es una de las cosas más difíciles en el mundo". Su gran penetración le hace reconocer las diferentes etapas que habría que recorrer para este conocimiento. Se pregunta ¿qué es el alma? ¿es una sustancia? ¿es actual o potencial? ¿es divisible?" etc. Este intento y otros similares demuestran que desde los primeros tiempos del conocimiento científico, se han planteado hipótesis sobre la naturaleza del psiquismo.

En este momento no nos interesa el estudio de las hipótesis (sobre el alma) planteadas en el curso de la historia, sino examinar desde el punto de vista lógico y de la teoria de la ciencia, la estructura y el objeto de las teorías psicológicas y psicopatológicas.

Sobre la posibilidad del conocimiento se puede, en general, distinguir dos puntos de vista diametralmente opuestos: aquel que considera que es gradualmente posible, y su opuesto que defiende que no lo es; que la ciencia es un fracaso. La historia del conocimiento científico nos informa sobre los óptimos frutos del criterio de la cognoscibilidad de la naturaleza. Esto no implica el desconocimiento de sus dificultades. El hombre de ciencia reconoce que este conocimiento no es fácil y que hay que tomar todas las precauciones para no caer en el error, pero, en el fondo, es optimista sobre el éxito de su cometido.

KARL JASPERS es uno de los que han sostenido el fracaso del saber. Considera que todo conocer es precario, fragmentario, que la investigación sistemática obliga a ignorar o traicionar ciertos aspectos del ser, que tanto la materia bruta como la existencia desafían al conocimiento.

Considera que diversas apreciaciones se pueden invocar a los intentos del saber. La primera, que todo saber lleva a una decepción. Escribe: "dejamos la presa por su sombra", renunciamos a la posesión ingenua de "un ser que era nuestro" por una ciencia que siempre es incierta. La segunda, que el saber ahoga la alegría y la esperanza. el hombre siempre necesitaria de sus mentiras vitales y las masas de sus ilusiones; y la tercera, en fin, que el saber siempre tiene un carácter reductor: toda explicación es en cierto modo degradante; delimita o circunscribe sin agotar nunca la realidad.

JASPERS deja traslucir continuamente a través de su obra el sentimiento de que todo intento de conocimiento de lo psíquico es limitado o casi imposible, que fracasamos en nuestros ensayos de aprehender su totalidad. Examinemos con más detalle su actitud frente al conocimiento de lo anímico y la construcción de teorías psicológicas.

Mantiene que únicamente podemos concebir e investigar lo que se nos ha vuelto objetivo. Lo psíquico (el alma) no es en modo alguno objeto. Se convierte en objeto por aquello que se muestra susceptible en el mundo: en manifestaciones somáticas concomitantes, en expresiones comprensibles, en comportamientos, en actos, en lo comunicado por el lenguaje y la escritura etc.

La vida psíquica no se comprendería únicamente como mera conciencia (método de la comprensión estática o fenomenológica). Para poder proceder a explicaciones habría que atribuír a la vida psíquica, realmente vivida, una subestructura extraconsciente —teóricamente imaginada para los fines de explicación.

La fenomenologia sería insuficiente además por darnos únicamente fragmentos de lo psíquico, que no nos informa sobre las relaciones que existen entre ellos, es decir, el movimiento y el desasosiego de lo anímico. El método de la comprensión genética entonces sería imprescindible. Mediante este procedimiento se procuraría captar la relación entre los fenómenos, lo psíquico surgiendo de lo psíquico, las conexiones entre los estados individuales, etc.

KARL JASPERS pone un límite a la comprensión genética y cree en la necesidad de complementar el estudio de lo psíquico mediante la explicación causal.

Emplea la expresión "comprender" (Verstehen) por denotar la visión de lo psíquico obtenido "desde dentro". Al hecho de conocer relaciones causales objetivas (vistas desde fuera) no las llama nunca comprender sino explicar.

Constantemente se refiere al conjunto de los fenómenos psíquicos denominándolos alma, pero no admite una teoría general del alma, e insiste que todas las teorías son representaciones utilizables para la explicación de dominios restringidos de hechos. "No hay ninguna teoría válida del alma, sino sólo una filosofía de lo humano".

Lo dicho, resumen incompleto de las ideas jasperianas, nos lleva a concebir que para este autor, las teorías son un mal necesario, una suerte de construcciones intelectuales válidas para un dominio restringido de lo psíquico, que hay que saber abandonar a tiempo pues, si no, se corre el peligro de que sofoquen nuestra visión de lo real.

De acuerdo a KARL JASPERS, si no es posible conocer el todo como idea, es posible aproximarse a su conocimiento a través de un esquema de la idea, teniendo presente en todo momento que el esquema no es la idea sino una construcción auxiliar infinitamente corregible y transformable.

El espíritu del pensamiento teórico según el A. mencionado, puede cifrarse en su pretensión de dominar el todo, lo cual constituiría un error que lo hace infecundo. Las teorías surgen así de la necesidad falsamente satisfecha de dominar el todo con una sola manera de explicación, intento que lleva al riesgo de un atascamiento en la generalización absoluta, esto es, la inclinación a subordinar todos los hallazgos a un solo punto de vista. Contra este extravío importa posesionarse de todos los métodos y puntos de vista, no para hacerlos jugar unos contra otros, sino para lograr su unión armoniosa en la búsqueda de la verdad.

De la generalización absoluta surgen los prejuicios.

El prejuicio teórico consiste en atribuir a la vida psíquica algunos principios universales similares a las teorías científico-naturales. En psicología y psicopatología no habría ninguna teoría dominante, ningún sistema teórico unitario sino que serían necesarios métodos y teorías especiales.

Influídos por este prejuicio, señala JASPERS, "se ve siempre los hallazgos en el esquema de la teoría dominante", perdiéndose la aprehensión de lo real en sí. Un ejemplo notable de generalización absoluta lo tendríamos en el prejuicio psicológico. En este caso se quiere comprender todo y se pierde así el sentido crítico de las fronteras de lo psicológicamente comprensible.

Además de evitarse las generalizaciones excesivas insiste en que no deben confundirse las relaciones comprensibles con las relaciones causales, como sucedería en el psicoanálisis, que lleva, en efecto, a una creciente simplificación de nuestra noción de la vida psíquica.

KARL JASPERS señala los límites de la psicopatología al afirmar que al hombre individual nunca se le puede disolver enteramente en conceptos psicológicos, permaneciendo en todo individuo algo oculto, algo inconocible.

Es objetable, así mismo su opinión de que "el hombre tiene una posición singular que es algo simplemente extraño a los animales; que hay una absoluta distinción entre el hombre y el animal. La biología y la psicología comparada nos demuestran que existe una continuidad entre los animales y el hombre, lo que no significa ignorar que, en un determinado momento, el hombre supere al animal por la cultura.

El desarrollo extraordinario de la ciencia en nuestro tiempo nos hace suponer, con esperanza, que la cognoscibilidad de la mente, como la del mundo en su totalidad, será una empresa factible para la razón. El hombre de ciencia que emprende una investigación en el terreno de la psicopatología parte del supuesto que nada incognoscible se presentará ante él. Aceptar en cambio la suposición apriorística de JASPERS es encerrarse en un callejón sin salida.

JASPERS usa la fenomenología de HUSSERL, se apropia de su médula apriorística e intuitiva considerando en forma idealística el acontecer anímico, tiende a divorciarlo de la realidad concreta y dándole otras fuentes secretas y misteriosas que no provienen del mundo exterior, para convertirlo en algo peculiar al hombre, no por el desarrollo de su cerebro, sino por un soplo mágico desconocido e incognoscible. Es por esto que resta significación al método experimental y no tiene fe en el valor de las hipótesis y teorías en el desarrollo de la psicopatología como disciplina científica, abandonándose en un subjetivismo que desvincula la psicología de los métodos comunes de la ciencia (CÉSAR A. CABRAL).

CONCEPTO ACTUAL

...la ciencia es construcción.
J. ORTEGA y GASSET

Las reflexiones anteriores no invalidan el valor de la orientación metódica de JASPERS, únicamente pretenden señalar las dificultades que trae para el desarrollo de la psicopatología como ciencia.

La actitud de prevención frente a las hipótesis y teorías en el campo psicológico, tiene sus riesgos, pues los hechos y las intuiciones respecto a su relación genética o causal no cobran sentido sino se las integra en un esquema conceptual más amplio (la teoría).

Es impresionante la admonición del eminente psicólogo FLOYD H. ALLPORT: "Cualquier disciplina en la cual se descuide la teoría o en la que las oscuridades teóricas no preocupen nunca, es una pobre ciencia". El autor rinde así homenaje a los valientes espíritus que se han atrevido con toda ingenuidad a construir teorías en un dominio tan difícil como es la psicología. Nosotros queremos unirnos a él, dedicando con todo respeto, pero sin sumisión, un homenaje a la memoria de SIGMUND FREUD, el más grande constructor de teorías psicológicas.

El método de la ciencia es circular. Se selecciona, analiza e interpreta "hechos" sobre la base de principios supuestos y, seguidamente, se trata de dar evidencia a los principios, apelando a un material empírico.

En el trabajo científico constantemente hay que trascender la percepción (lo objetivo), pues es inadecuada para abrazar la amplitud y diversidad de los fenómenos y se hace necesario suponer que la realidad que se investiga es o se comporta de cierta manera.

El prejuicio que dirige la investigación es la hipótesis.

Mediante el planteamiento de esquemas conceptuales que relacionen los hechos y les den sentido es posible ir más allá de lo percibido, pero no es dado separar completamente los componentes empíricos de los teóricos en el curso de la investigación científica.

El fin de todas las ciencias naturales es la explicación y la comprensión y no únicamente la predicción y el control. BROWN ha señalado que nuestra

inhabilidad para predecir y controlar los terremotos no ha impedido el significativo desarrollo científico de la sismología y argumenta que estamos en la misma situación en lo que respecta a la conducta humana. En ambos casos, "las causas son oscuras, intrincadas e inaccesibles" para la predicción exacta. Es verdad sin embargo, que nosotros podemos investigar y comprender muchos de estos fenómenos y de modificar nuestra conducta de acuerdo a lo hallado.

Es interesante señalar ciertas características generales de las teorías científicas para luego establecer sus posibles diferencias con las psicológicas:

1º.—Todas las teorías tienen como anhelo la explicación, esto es, el establecimiento de relaciones funcionales entre variables.

2º.—Todas son a la vez un instrumento y un objetivo, debiendo tenerse presente que no existen teorías finales o absolutas, siempre debiendo esperarse una modificación o perfeccionamiento de las mismas de acuerdo con los nuevos hallazgos. En otras palabras, no debe olvidarse su caracter preliminar o provisional, sin lo cual pierden su valor instrumental.

3º.—Las construcciones teóricas son siempre relativas a los prejuicios, no solo de los teóricos sino, así mismo, de los observadores que han obtenido los hechos que la fundamentan.

4º.—Todas deben ser enfrentadas con los hechos y su validez no depende de su conformidad con el razonamiento filosófico o lógico y ni aún con sus resultados prácticos.

KARL JASPERS considera que existen algunas diferencias entre las teorías científico-naturales y las psicológicas. En psicología, según este autor, las teorías serían esbozos sin el método sistemático de las teorías científico-naturales que tienden a abarcar totalidades y, por otra parte no muestran una tendencia al perfeccionamiento continuo que las hace más unitarias y más conformes con la realidad (como sucede con las científico-naturales), sino que envejecerían y decaerían en conjunto para ser reemplazadas por otras. No estamos totalmente de acuerdo con esta distinción, pues en la actualidad existen teorías psicológicas amplias y en constante renovación y perfeccionamiento como sucede con la Gestaltheorie y el psicoanálisis.

En psicología y psicopatología, como vemos, las teorías son ineludibles y a la vez problemáticas y peligrosas. Uno se pregunta ¿por qué a pesar de las críticas de JASPERS y otros no se abandonan las construcciones teóricas en psicología? Es relativamente fácil responder: porque son útiles.

Las teorías sirven para lograr un ordenamiento de los hechos permitiendo aprehender unitariamente lo disperso. Conducen a un planteamiento de problemas abriendo, así, vías a la investigación de nuevos hechos. Y finalmente, son indispensables para el conocimiento causal, esto es, la captación de la continuidad y la secuencia de los fenómenos psicológicos, fin de considerable interés pragmático en medicina.

En general, podemos distinguir dos tipos de explicaciones psicológicas y psicopatológicas:

1º.—Las reductivas, es decir, las que intentan comprender un fenómeno particular como funcionalmente relacionado con otro fenómeno perteneciente a un nivel diferente de descripción.

2º.—Las constructivas, que pretenden describir los fenómenos en términos cada vez más abstractos.

Existe una cierta propensión en psicología a sobrevalorar las explicaciones de tipo constructivo, lo cual no es aceptable, pues, en último término, la prueba científica de validez de cualquier tipo de explicación es su habilidad para generar experimentos fructíferos, otras observaciones o dar nacimiento a diferentes teorías.

Debe ponerse el mayor énfasis en que la diversidad de intereses en el heterogéneo y complejo campo de la psicología y psicopatología no solo es inevitable sino altamente deseable. El más grande obstáculo en el progreso científico de las disciplinas psicológicas y psiquiátricas es la generalizada tendencia a limitarse a un sistema de pensamiento y no propender constantemente a un examen crítico de las más diversas hipótesis y teorías a la luz de principios rigurosos.

En un artículo denominado "La función de la teoría en el psicoanálisis" HARTMAN, KRIS y LOEWENSTEIN nos dan un ejemplo de la conveniente actitud que propugnamos, al indicar las actitudes de los psicoanalistas frente a la teoría psicoanalítica y los errores en su utilización, destacando con todo énfasis el hecho, ignorado muchas veces, de que para los psicoanalistas más autorizados, la teoría no es un credo sino un instrumento; de que el investigador debe conocer que cada etapa en su progreso depende de sus avances en la esfera de la teoría, esto es, de la consistencia conceptual, amplitud y profundidad que alcance en sus formulaciones teóricas.

Las formulaciones teóricas son, en efecto, el instrumento cotidiano de todos los psicoanalistas que, desde hace mucho tiempo, no pueden satisfacerse únicamente con los conceptos descriptivos. Los hallazgos clínicos en psicoanálisis están determinados no solamente por los datos observables sino también por las suposiciones explícitas e implícitas. Estos resultados nos enseñan una vez más que el procedimiento de la ciencia no es evitar las hipótesis y teorías sino utilizarlas con plena conciencia de sus funciones y límites.

Es un grave problema, ciertamente, el de la validación de las teorías psicoanalíticas, pero es imposible desconocer su constante valor como instrumento en la unificación de los complejos hallazgos de la psicología y psicopatología. Mucho queda por hacer y por conocer en el campo de la teoría psicológica, pero, únicamente el progreso nos será permitido si nos mantenemos fieles a lo que debe ser el método y la teoría científica.

Las teorías no representan sino un elemento de la trama conceptual de la psicología y de la psicopatología, que es urgente valorizar en su totalidad, objetivo que no alcanzaremos plenamente sino la consideramos dentro de sus conexiones con la estructura lógica fundamental del resto de las disciplinas científicas.

BIBLIOGRAFIA

BROWN: "Psychological Theory". Mc. Graw.

MARX, M. H.: "Psychological Theory". Mc Millan, 1951.

KARL JASPERS: "Psicopatología General". Ed. Beta, Bs. Aires, 1950.

WALTER PEÑALOZA RAMELLA: "Estudios acerca del conocimiento". Lima, 1955.

CÉSAR AUGUSTO CABRAL: "La Psicopatología de Jaspers: Callejón sin Salida". Rev. Latino-Americana de Psiquiatría. 3: 40-46, (Abril), 1954.

HARTMAN, H., KRIS E. y LOEWENSTEIN, R. M.: "The Function of theory in Psychoanalysis". In "Drives, Affects, Behavior". Ed. by R. M. Loewenstein. International University Press. N. Y. 1953.

PSICOTERAPIAS DE GRUPO

Por S. R. Slavon

En toda consideración de psicoterapia de grupo debe establecerse con claridad que se trata primariamente de un procedimiento clínico y que como tal, debe basarse en principios terapéuticos sólidos más que en conceptos sociológicos o educativos. Un grupo terapéutico es esencialmente diferente de un grupo social o recreativo. Los factores dinámicos son, en un aspecto muy esencial, diferentes de los que se observan en grupos naturales u homogéneos de personas que se reunen con un objetivo pedagógico o recreativo. En el primero las relaciones interpersonales no están cargadas con los mismos contenidos y tendencias libidinosas, como sucede en el grupo terapéutico y los grupos sociales no pueden permitirse idéntico tipo de actividad de liberación verbal (catarsis) necesaria para la psicoterapia.

En los grupos ordinarios la persona central es el jefe que puede ser alguien de afuera, preparado profesionalmente para este rol, o uno de sus miembros, es decir un jefe endógeno. En el grupo terapéutico la centralización está distribuida y todos sus miembros, incluyendo el terapeuta, llegan al primer plano en varios momentos durante las actividades y entrevistas de grupo. Cuando cualquier persona, en este tipo de grupo, mantiene la precedencia, el proceso terapéutico es bloqueado o retardado. La responsabilidad de corregir este desequilibrio, cuando ocurre, corresponde naturalmente al terapeuta durante la entrevista, confiriéndole considerable dificultad a su rol.

Mientras el terapeuta es el centro de catexis emocionales no actúa en el rol de jefe en el sentido común del término. Los miembros del grupo terapéutico siguen sus propias líneas de interés que pueden tener significado emocional para ellos en un tiempo determinado. No hay plan común o de grupo como programa característico del club o grupo ordinario. Mediante su propio esfuerzo, usando modos peculiares a él mismo, cada paciente consigue catarsis y diversos grados de conocimiento de sus dificultades.

CARACTERES DEL GRUPO TERAPEUTICO

El grupo terapéutico es fluído, tiene escasa organización y puede parecer al observador casual como carente de meta, dirección o propósito. En el grupo terapéutico todos tienen el mismo objetivo que no es propósito común. La finalidad de cada uno es corregir en sí mismo ciertas distorsiones psicológicas. Cada uno busca su propia mejoría como entidad separada, no hay meta de grupo. En la terapéutica de grupo, como también sucede indudablemente en otros tipos de grupo, están presentes los factores dinámicos de inter-estimulación, interacción, inducción, neutralización, identificación, rivalidad y proyección [1]. Los elementos dinámicos que aparecen escasamente o que no

aparecen son los integrativos y polarizantes, fundamentales en la formación de un grupo ordinario [2]. En el grupo terapéutico hay escasa coherencia, los pacientes permanecen durante todo el tratamiento absortos en sí mismos en diversos grados y preocupados con sus propios problemas. Raras veces se observa la emergencia de un código de grupo y cuando sucede es temporal o fugaz. Tampoco puede fomentar los controles y estratificaciones sociales. Por la ausencia de homogeneidad entre sus miembros los grupos terapéuticos nunca pueden transformarse en grupos sociales.

Los fundamentos para la formación y la cohesión del grupo son intereses intelectuales, sociales, de homogeneidad y un objetivo común. Estos se hallan ausentes en un grupo terapéutico bien organizado. Un grupo ordinario de gente no puede permitir el mismo grado de catarsis o la elevada densidad de hostilidad y agresión característicos de los grupos terapéuticos. Estos últimos son móviles en su organizcaión, actividades y relaciones, en contraste con los patrones comparativamente fijos que siempre emergen en los grupos ordinarios. He descrito esa característica movilidad social diferenciándola de la rigidez social indispensable en los grupos y clubs ordinarios [3].

Es relativamente importante que el fenómeno del grupo no se considere como una construcción abstracta ni que se le dé un significado metafísico. Se utilizarán mejor los grupos en psicoterapia cuando se identifiquen, describan y comprendan los factores dinámicos y las relaciones interpersonales. En ese respecto el concepto principal es que en la terapéutica de grupo no se puede considerar al grupo como el objetivo del tratamiento. Los pacientes son los individuos y no el grupo como tal. Por tanto es un requisito primordial que el terapeuta esté consciente en todo momento del estado y necesidades de cada uno de los miembros del grupo.

Es evidente que la selección adecuada de los pacientes y, en especial, su agrupamiento apropiado, son los puntos primordiales de la terapéutica de grupo. No todos los pacientes pueden responder bien al influjo del grupo. Ciertamente algunos pueden traumatizarse si se les expone al impacto de la interacción directa con otros. No todos los pacientes pueden ser tratados juntos, deben seleccionarse.

Ningún método de psicoterapia puede considerarse como de aplicación universal. La eficacia del método depende de su adecuada aplicación a un enfermo particular. Frecuentemente se hace necesario combinar varios métodos para conseguir buenos resultados. Tal vez la mayor destreza del terapeuta consista en su habilidad para comprender el problema del paciente y para seleccionar el tratamiento al cual responderá mejor. Cuando se hace este apareamiento de paciente y tratamiento, podemos esperar una evolución favorable y ciertamente, resultados mucho más rápidos que cuando se impone rigidamente un procedimiento terapéutico. La individualización es condición primaria para el buen éxito en el trabajo con la gente. También es necesaria para lograr buen resultado en psicoterapia.

La selección de los pacientes para los grupos analíticos sigue, con muy pocas excepciones, las mismas líneas que para la psicoterapia individual. Hablando en forma general, los pacientes inaccesibles al tratamiento ya sea por defectos orgánicos o constitucionales, severidad del problema, estados extremadamente regresivos o excesiva resistencia a la terapéutica, deben ser excluídos de los grupos como tambien del tratamiento individual. Sin embargo, existe un número considerable de pacientes cuyas resistencias y defensas brotan de una ciega desconfianza, temor de competencia y antagonismo incon-

trolable hacia las personas que tienen poder o autoridad. Para esos enfermos deberían indicarse los grupos como un tratamiento preliminar al tratamiento individual y, bajo condiciones específicas, como tratamiento exclusivo. En algunos estados regresivos los enfermos son incapaces de establecer una relación de transferencia individual. Por otra parte, existen muchos enfermos en los cuales la terapéutica de grupo está contraindicada y requieren psicoterapia individual o un psicoanálisis completo.

En un extenso estudio de grupos de actividad para los niños en estado de latencia, Helen M. Glauber[4] encontró que "un método pone la principal responsabilidad en el tratamiento de grupo asociándolo con trabajo social psiquiátrico, con la finalidad principal de modificación del ambiente y de dar una relación de soporte. Los niños que se benefician de este tipo de énfasis en el tratamiento son los caracteres fuertemente deformados —tipos fronterizos— que pueden ser ayudados por la terapéutica de grupo para investigar la cantidad de agresión que tienen y para que aprendan que una parte de su agresión es socialmente aceptable y puede ser considerada como actividad natural. Al mismo tiempo se les ayuda a construír un frente socialmente aceptable o a formar defensas contra su agresión patológica interna....

"Otro tipo de paciente que se beneficia de este método de actividad de grupo es el que se halla detenido en su desarrollo, esencialmente por falta de ambiente estimulante de crecimiento más que por privaciones emocionales severas. Estos niños florecen en la terapéutica de grupo complementada con manipulación ambiental y relación de soporte con una asistenta social que los vea en forma infrecuente. Eventualmente muchos de estos niños son separados de su hogar...

"El tercer método de integración sería asignar la mayor responsabilidad del tratamiento a la asistenta social. La terapéutica de grupo en este caso es importante principalmente como un campo de experimentación para las cambiantes actitudes sociales del paciente...".

Más adelante ella afirma que "la terapéutica de grupo y la psicoterapia individual pueden suplementar, complementar o desplazar completamente una a la otra, dependiendo de las necesidades del niño. Las posibilidades para una evolución terapéutica considerable aumentan grandemente si la integración de las terapéuticas mencionadas se basa en un cuidadoso estudio y análisis de la personalidad del niño en relación a su situación total de vida".

La adecuación del personal del grupo es de la mayor importancia ya que la atmósfera total del grupo es determinada por la red de sentimientos establecida entre sus miembros y las relaciones individuales que forman la base para el proceso terapéutico.

Uno de los principales objetivos de la agrupación es el de prevenir que una densidad excesiva de alteraciones patológicas y agresiones se eleve por encima de los límites de la tolerancia del paciente. Demasiadas personas intensamente agitadas, que se refuerzan unas a las otras, pueden crear tensiones difíciles de soportar aún para el terapeuta. Exactamente como en los grupos de actividad, en los grupos analíticos algunos deben actuar también como neutralizadores, es decir personas que diluyen las tensiones emocionales e introducen los elementos de auto control y de tranquilidad. La exactuación (acting out) puede hacerse extremadamente inquietante si muchos participan de ella al mismo tiempo o si ocurre con demasiada frecuencia. Debe procurarse tener una variedad suficiente de personalidades (aún cuando los sindro-

mes sean similares) y de problemas para evitar el reforzamiento excesivo y la sobre-intensificación.

Los enfermos están bien seleccionados para la psicoterapia analítica de entrevista si se puede esperar que se catalicen uno al otro. Para conseguir esto (a) debe haber adecuado sentimiento de similitud de problemas (identificación), (b) algunos de los miembros deben tener menos conflictos y deben ser menos tímidos que los otros, (c) deben ayudarse mutuamente a disminuír la ansiedad (a través de la neutralización), y a disminuír las tendencias homoeróticas del uno hacia el otro.

PRINCIPIOS DINAMICOS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO

Desde que la terapéutica de grupo es una técnica clínica debe basarse en principios dinámicos comunes a todas las formas de psicoterapia. Estos son: relación, catarsis, desplazamiento de catexis, reforzamiento de la conciencia del yo, prueba de realidad y sublimación.

Los buenos resultados en la psicoterapia se basan en una *relación* fundamental positiva entre el paciente y el terapeuta, y en el caso de la psicoterapia de grupo, también con los otros miembros del grupo [5]. Comunmente se concede que el fundamento de toda psicoterapia es la relación. Esta relación puede ser del tipo transferencial descrito por Freud, o de una variedad de menor intensidad que se encuentra comunmente en psicoterapia. En los grupos, sin embargo, uno está afectado con más de un tipo de relación, desde que existen también relaciones unilaterales, bilaterales, multilaterales, anaclíticas y de dominancia y sumisión.

Cuando la transferencia básica es positiva, puede originarse la *catarsis* y el paciente regresionar a niveles de fijaciones tempranas. El puede hablar acerca de sus deseos y fantasías infantiles o ex-actuarlos en el grupo, ya que la seguridad que el terapeuta y los miembros del grupo confieren no son punitivas ni jurídicas. Cada miembro del grupo es capaz de revelar sin temor pensamientos e impulsos que normalmente habría reprimido con cuidado o pretendido disimular. Cuando existen condiciones favorables, los pacientes regresionan en un grupo con mayor facilidad y rapidez que en la terapéutica individual. El proceso regresivo es auxiliado parcialmente por el efecto catalítico que los miembros tienen unos sobre otros y, parcialmente, por el sostén que uno ofrece al otro en su hostilidad hacia el terapeuta (transferencia negativa).

El efecto regresivo del grupo es una gran ventaja para el tratamiento, pues, como es bien sabido, el crecimiento emocional del paciente es ayudado cuando se consigue regresión a la etapa de la fijación precoz y cuando las condiciones terapéuticas favorecen dicho crecimiento. Mediante el sostén y la ayuda del terapeuta y de los compañeros enfermos, cada uno es capaz de evolucionar hacia un nivel más consistente con su madurez cronológica. Todos los que han trabajado con grupos de tratamiento analítico han encontrado que la productividad de los pacientes se acelera grandemente. Los enfermos se revelan así mismos mas fácil y frecuentemente y penetran más profundamente en sus problemas que con otros métodos de tratamiento. Decididamente las resistencias disminuyen en los grupos debido al sostén y a la aprobación que los miembros se dan unos a los otros.

En los grupos analíticos es esencial que los pacientes expresen sus sentimientos hostiles hacia el terapeuta como hacia los demás. Desde que el tera-

peuta es un sustituto del padre o de la madre, la hostilidad original hacia las figuras parentales debe encontrar expresión en actitudes hacia él. No es suficiente descargarlas contra otros miembros del grupo, que en su mayor parte son sustitutos de los hermanos.

Lo dicho más arriba demuestra otro principio dinámico que opera en los grupos y que facilita el proceso del tratamiento. Este principio es el *desplazamiento de la catexis*. La catexis, que en el tratamiento individual se dirige sólo hacia el terapeuta, puede ser desplazada sobre otras personas del grupo. Esto también tiende a diluír la transferencia. Hemos encontrado sin embargo que el desplazamiento de la catexis se extiende del mismo modo a las relaciones con los padres, hermanos, cónyuges y otras personas de importancia. El desplazamiento de la catexis es inherente a la relación transferencial en la cual el terapeuta deviene el centro de los afectos del paciente. Todo método que ayuda o acelera al desplazamiento de la catexis auxilia a establecer las condiciones necesarias para los cambios emocionales. De lo que los pacientes han dicho y han actuado hemos descubierto que el grupo y los compañeros se transforman en seres importantes en la vida de cada uno de ellos. Una de las formas por las cuales este hecho es comunicado es la expresión directa de entusiasmo y necesidad en las sesiones de grupo, la asistencia consistente y la sensación general de placer al estar en las reuniones. Todo esto demuestra que estos grupos sirven como un foco emocional. Concomitantemente se observa que los enfermos mencionan menos y menos a sus padres, hermanos y cónyuges y muestran merma en la relación emocional con estas personas. Parecería que ya no son ni tan significativas ni tan importantes. Todo esto indica claramente que se ha producido cierta maduración emocional y, en algunos casos, que han disminuído las defensas del yo, lo que ocurre sólo cuando se ofrece a los enfermos seguridad y fuentes sustitutorias de satisfacción, que toman el lugar de las primitivas. En esta forma se separa a los pacientes de sus dependencias.

Todo lo que deviene emocionalmente significativo para los pacientes como un grupo también puede transformarse en foco de intensas emociones y de catexis. Las satisfacciones y seguridades que el individuo buscó en sus padres pueden ahora ser recibidas del grupo. En esta forma el grupo sirve *in loco maternis* pero, al transferir los sentimientos adjuntos de la madre natural al grupo, se produce una separación de la primera, que en muchos casos había estado grandemente retrasada.

Por su inmadurez emocional el paciente no puede librarse de sus ligaduras anteriores sin un objeto de amor substitutorio. En la psicoterapia individual éste objeto es el terapeuta; en la psicoterapia de grupo puede ser el terapeuta o cualquiera de los miembros del grupo o el grupo como un todo.

Desde que los miembros de los grupos terapéuticos están preocupados con anhelos infantiles no resueltos, sentimientos hostiles e impulsos destructivos, por necesidad existe una gran cantidad de ansiedad asociada con ellos. Sin embargo, la ansiedad en la psicoterapia de grupo raras veces alcanza la misma intensidad que en el tratamiento individual. La dilución de la transferencia y la universalización tienden a disminuír la ansiedad. Esto se consigue parcialmente por el *desplazamiento* de sentimientos negativos hacia otros miembros del grupo y fuera del terapeuta y, como cada uno de ellos siente que no está solo en sus anhelos y tendencias, y que otros también están en la misma situación que él, se produce un fenómeno que se ha descrito como *universalización*. Las cargas, responsabilidades y sentimientos de culpa asocia-

dos con los impulsos hostiles del neurótico disminuyen al descubrir que otros también están similarmente situados y que las demandas del super-ego son menos justificadas y reales. Las defensas que el neurótico ha construido ceden más facilmente cuando encuentran sanción y sostén de otras personas.

Los grupos también ofrecen oportunidad para la ex-actuación de ira, hostilidad, disgusto y revulsión, para los pacientes con un yo débil, que tienden a disminuir las tensiones intranpsíquicas ya que se suministran avenidas para expresar la agresión mediante canales neuromusculares.

El efecto total del grupo hacia la disminución de la ansiedad ayuda a la catarsis. Sin embargo, existe una desventaja, el fenómeno de la catarsis dificulta la penetración a las capas profundas de la personalidad y a los niveles del inconsciente. Los escapes que el grupo suministra, incrementando la ansiedad mediante el desplazamiento, la desviación y retirada así como los mecanismos de dilución ya descritos, evitan esto. En consecuencia uno se ve forzado a la conclusión de que una neurosis grave con intensas complicaciones sólo puede ser tratada por un psicoanálisis exhaustivo.

Por la misma razón, también hay algunos niveles más limitados de conciencia de la enfermedad en los grupos que en el psicoanálisis individual. Mientras que el terapeuta de grupo ayuda a cada paciente a librarse de sus fijaciones infantiles, a comprender mejor sus reacciones y algunas de las causas de sus tensiones psicológicas y desadaptaciones sociales, puede hacer esto sólo en el grado que la dilución de la transferencia y los otros miembros del grupo le permitan. Se ha descubierto que los compañeros del grupo asumen el rol del terapeuta y persiguen la investigación y elaboración de los problemas más allá del punto que sería seguro o aconsejable para el terapeuta en el grupo y aún en el tratamiento individual. Aquí nuevamente las transferencias fraternales son menos amenazantes que la transferencia hacia el terapeuta.

Así como la disminución de la ansiedad limita la intensidad de la terapéutica en un grupo, la restricción que impone en el conocimiento de la enfermedad es también un factor limitante. Aún en el caso de enfermos que confían plenamente en el terapeuta el temor a los otros miembros produce conflictos y timideses para revelarse así mismos. El terapeuta también tiene que cuidarse cuando da interpretaciones, especialmente debe evitar desenmascarar a un paciente delante del grupo en un grado más allá de lo que éste pueda soportar y aceptar. Es preferible que la interpretación venga de otros miembros del grupo, lo que sucede constantemente. Los pacientes responden a las necesidades inconscientes mediante identificación y empatía, uno al otro se ayudan en establecer la conexión entre el comportamiento y los motivos y en esta forma adquieren conocimiento de sus problemas.

En la psicoterapia de grupo se obtiene el *fortalecimiento del yo*, como en otros tipos de tratamiento, mediante la liberación de las energías del ego de la labor de mantener en represión pensamientos, tendencias e impulsos desagradables, pudiendo así manejar más adecuadamente la realidad externa e interna. Mientras el yo realiza la labor de mantener en represión sentimientos productores de ansiedad y de culpabilidad, sus energías están ligadas y no pueden ser utilizadas para otras funciones más constructivas y socialmente aceptables. Otro efecto de la psicoterapia, y especialmente de la terapéutica del grupo, es que a través de la universalización, soporte e identificación, disminuye el quantum de culpa y el yo es llamado para oponerse a los sentimientos de culpabilidad a través de la utilización de los diversos sistemas de defensas que ha desarrollado.

Esto libera energías del yo adicionales, utilizables en el crecimiento emocional y en la realineación de las fuerzas psíquicas del individuo.

El exceso de sentimientos de culpa y de ansiedad proceden en los pacientes de tendencias libidinosas prohibidas, que han sido inadecuadamente reprimidas y que buscan gratificación. El paciente es liberado de éstos impulsos mediante desplazamiento de la catexis y por traslación de los anhelos infantiles al reconocimiento consciente mediante catarsis y discernimiento. Nuevamente aquí el yo es relevado de la no muy exitosa tarea de reprimirlos. Por tanto las energías del yo se fortalecen aún más.

En los grupos terapéuticos las energías del yo también se derivan del cambio de la imagen de uno mismo. La percepción de uno mismo como una persona más capaz, aceptable y valiosa, emerge de un número de situaciones que se producen en el grupo. Uno es aceptado por otros como una persona apreciable; sus opiniones son escuchadas con atención y discutidas seriamente; otros están interesados en uno y tratan seriamente de ayudarlo; uno es aceptado por un grupo de gente (hermanos) y por el terapeuta (figura parental) como individuo merecedor de atención y consideración.

La percepción de crecimiento de las fuerzas útiles para afrontar adecuadamente problemas penosos anteriores e impulsos incontrolables, confiere asistencia adicional a la imagen de sí mismo y hace que el paciente se sienta más adecuado y más tranquilo. Este y otros cambios en las actitudes hacia sí mismo y en sus sentimientos de estima personal, producen un reforzamiento de la organización del yo, requiriendo basarse menos en las defensas usualmente ineficaces del yo.

El quinto factor en el proceso terapéutico es la *prueba de la realidad.* Comúnmente se reconoce que la psicoterapia no ocurre in vacuo ni tampoco está limitada enteramente a la relación entre el terapeuta y el paciente. Los pacientes en tratamiento individual y en los hospitales e instituciones constantemente se prueban ellos mismos frente a la realidad de la vida diaria. La vida y la terapéutica van mano a mano. Si aisláramos a un paciente de todo contacto mundano y lo pusiéramos en tratamiento con uno de los terapeutas más hábiles, no mejoraría. La mejoría solo se produce mediante la interacción dinámica con el ambiente humano. El hombre es nada sin el trabajo del hombre y aquello que es humano nos es dado por otros seres humanos. Todas las dificultades emocionales y mentales, que no tienen raíces orgánicas o constitucionales, proceden de disturbios en las relaciones interpersonales y su corrección también puede obtenerse a través de dichas relaciones. Por tanto el plan de tratamiento debe siempre tomar en consideración *la situación vital del paciente.* Esta situación de vida puede ser su propio ambiente familiar o el de sus amigos o colegas o puede tratarse de un medio especialmente condicionado, tal como un hospital o institución, o finalmente puede surgir de la situación terapéutica.

Cualquiera que sea el medio, la mejoría es imposible sin el elemento de realidad. A este respecto la psicoterapia de grupo es mucho más ventajosa que el tratamiento individual. El grupo es una realidad genuina, tangible. Aquí el paciente afronta a otras personas y responde a ellas en la extensión de sus habilidades; elabora adaptaciones a la red de emociones, presiones y tensiones que inevitablemente nacen en el grupo; descubre la necesidad impulsiva de modificar sus tendencias, pensamientos y actitudes para poder formar parte del conjunto. Llega a crear objetivos para sí mismo y a establecer relaciones sobre la base de preferencias, simpatías y antipatías. En consecuencia,

la terapéutica de grupo proporciona a cada paciente un ambiente selectivo con el cual tiene que tratar ya sea en parte o como un todo.

El hecho de que la constitución del grupo deba ser planeada por adelantado es a la vez una ventaja y un factor limitante. La ventaja está en que las presiones y complejidades de la realidad pueden ser controladas, pero al mismo tiempo, la realidad deviene atenuada y más o menos artificial. A pesar de esto existen enfermos totalmente incapaces de afrontar las demandas del grupo por mínimas que sean y que tampoco pueden entrar en múltiples relaciones. Estas personas no deben ser expuestas al esfuerzo de las interacciones de grupo. Deben ser excluídas de este tipo de psicoterapia.

Los grupos terapéuticos presentan realidades emocionales de alto grado de intensidad. Abundan los sentimientos y conflictos y a veces es difícil evitar o escapar a las recriminaciones y discordias. El terapeuta debe estar alerta para evitar el brote de ansiedad o culpa excesivamente intensas.

El sexto elemento en la psicoterapia es la *sublimación*. La función de la sublimación es la de reorientar los impulsos instintivos hacia cauces aceptables al yo, a la sociedad y a las costumbres moralmente sancionadas. Esta función representa una alternativa para la represión de los impulsos y anhelos originales del id (instintos) y por lo tanto tiene importancia para mantener la salud y el equilibrio de la psique. La dificultad que el neurótico retiene a este respecto es debida a represiones fracasadas, por una parte, y por otra, a un desarrollo excesivo del super-ego, que le incapacita para expresar o sublimar estas tendencias que están más bien en estado de conflicto con las fuerzas censoras e inhibitorias y, por tanto, no se les permite canalizarse hacia expresión aceptable o consecución de propósito. La razón por la cual los niños pequeños subliman facilmente sus tendencias en los juegos y en las actividades se explica porque sus impulsos todavía no han sido reprimidos al inconsciente ni han sufrido esa transformación en forma parcial. En consecuencia, la exactuación no crea conflictos ni origina culpabilidad.

El niño encuentra cauces de sublimación en actividades desexualizadas tales como el juego con arcilla, agua, pinturas, fuego, cazar y matar insectos, resbalarse por las barandas y numerosas otras formas creativas y procesos de juegos que le proporcionan vías de descarga. En lugar de exactuar agresiones o fijaciones anales, el niño usa arcilla o pinta con los dedos. Cuando se enfurece, en lugar de atacar a la gente que le rodea, puede jugar a disparar sus armas al azar o contra alguno que esté cerca de él.

Los dispositivos citados son formas aceptables de sublimación y la psicoterapia debe emplearlos, especialmente en los niños pequeños. Al hallar el niño sublimaciones satisfactorias para sus impulsos y patrones más maduros para la gratificación de deseos, su yo se fortalece, desde que ya no está a merced de impulsos primitivos. Uno de los principales valores de la terapéutica de actividad de grupo es que siempre tiene a la mano oportunidades para la sublimación y emplea criterios para aceptar a los pacientes en su capacidad de usar oportunidades sublimatorias para descargar las tendencias primarias. Por tanto esta forma de psicoterapia está limitada a los niños en los períodos de latencia y excluye a ciertos tipos de pacientes con disturbios neuróticos graves.

A las otras ventajas del uso de los grupos en terapéutica debe añadirse que, por su misma naturaleza y constitución, suministran oportunidades para la sublimación, que raras veces se encuentran en otros tipos de psicoterapia. El grupo es una fuerza motriz para expresarse uno mismo en formas aproba-

das y agradables a los otros miembros. Entre los principales valores de la terapéutica ocupacional y recreacional están las oportunidades para sublimar las actividades. Los grupos de entrevista analítica para adolescentes y adultos no obstante, ofrecen escasas posibilidades de descarga en esta dirección. Pero puede liberar y motivar al paciente para que los encuentre en el ambiente de su propia vida. En las buenas instituciones y hospitales siempre hay actividades sublimatorias a la mano y se ayuda a los enfermos a descubrir y establecer intereses que reorienten sus energías psíquicas a canales constructivos.

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS NIÑOS

El trabajo con los niños comprende cuatro tipos distintos de grupos desarrollados por el autor y empleados para necesidades específicas tanto como para categorías clínicas definidas.

La primera de estas técnicas, la más antigua de las que nosotros ensayamos (1934) se conoce ahora con el nombre de Terapéutica de Actividad de Grupo [5]. En este método se expone a los niños a un ambiente que les es accesible en todo sentido y en el cual se pueden sentir libres para exactuar sus impulsos, hostilidades y fantasías. Pueden dirigirse actos agresivos contra otros miembros del grupo o del ambiente, pero no contra la persona del terapeuta. La escena para tales grupos es siempre muy sencilla. Los muebles estan hechos de tablones ordinarios y especialmente construídos para soportar un manejo recio. Las sillas no tienen pintura y son toscas. Se dan a los niños materiales con los cuales están familiarizados, ya sea por haberlos visto en la escuela o en la vida diaria. En el equipo se encuentran cosas simples tales como martillos, serruchos, madera de varios tamaños, arcilla, acuarelas, discos de cobre o de peltre, moldes apropiados para hacer ceniceros y grandes hojas de papel. También hay equipo para la preparación de refrescos sencillos.

La habitación debe ser suficientemente grande para que los niños puedan moverse libremente y no chocar entre ellos. Por otra parte no debe ser tan espaciosa como para sugerirles que corran alrededor de ella ni que la usen como un campo de juegos.

Después de una hora o de una hora y media de actividades, que consisten en gran proporción de juego libre, hilaridad y agresividad, así como de trabajo constructivo, se dedica de media hora a cuarenta minutos para tomar refrescos juntos en un grupo. Los refrescos algunas veces son traídos a la habitación, en otras oportunidades se cocinan alimentos sencillos en la estufa eléctrica de la sala, preparándose por ejemplo sopa de lata, emparedados de salchicha, chocolate o cocoa calientes.

El rol del terapeuta es el que nosotros hemos descrito como *neutro*. Esto quiere decir que el no asume ningún rol específico. No es una persona que prohibe ni que condena; no impone restricciones ni reglas, ni exhibe aprobación o desaprobación. No es ni observador ni participante activo. Presta auxilios o suministra objetos a los niños cuando ellos lo solicitan. Por la historia enviada acerca de cada niño, el terapeuta conoce el marco del paciente, su constitución y dificultades y trata de satisfacer sus necesidades conscientes e inconscientes en una forma discreta y sutil. Así, apoyará a un niño débil y asustado tomando una posición cerca de él; o indicará su aprobación de comportamiento no-aceptante de otro niño, simplemente desviando los ojos o no mirando lo que ocurre alrededor. El terapeuta procura que los niños tengan a la mano los suministros mientras los va necesitando y también está aler-

ta para proporcionar los materiales necesarios para sus impulsos creadores. Les dá el alimento, lleva a los niños a excursiones cuando están listos para ellas, como una forma de extender su ambiente y de ayudarles a familiarizarse con la ciudad o pueblo en el cual viven. En esta forma aumentamos la realidad física y social, que sirve para reforzar el yo del niño y desarrollar lo que comunmente se conoce como el coraje y la destreza necesarios para tratar con el ambiente.

Este tipo de terapéutica trata de proporcionar la descarga de tensiones y presiones internas que resultan de las inhibiciones a las cuales los niños han estado expuestos en el pasado. Esto les dá un sentimiento de ser aceptados y de que son meritorios a pesar de las desviaciones del comportamiento. Los convence de su aceptabilidad como gente, en virtud del hecho de que el terapeuta los acepta. La situación y la presión del grupo mismo desarrollan energías internas para controlar los impulsos y el comportamiento, lo que dá por resultado un reforzamiento del yo. Proporciona al niño experiencias directas con la realidad en sus propios términos y desarrolla una nueva comprensión y concepto de la realidad tanto en la escena física, cuanto en relación con los otros. Encuentra aquí oportunidad para desarrollar relaciones en un ambiente libre y en términos del paciente, al tornarse gradualmente apto para tales relaciones. Convence al niño acerca de la existencia de actitudes positivas y constructivas en los adultos, desde que la mayor parte de los niños que han venido para tratarse han experimentado de ellos solamente hostilidad básica y rechazo. Los niños vencen su temor a la gente y establecen límites del yo en relación con los demás. Confiere a los niños gratificaciones substitutorias por las privaciones a las que fueron expuestos en el pasado. Este tipo de terapéutica integra las fuerzas psíquicas que funcionan en direcciones diversas y algunas veces contradictorias y que interfieren con las gratificaciones de finalidades en conformidad con los requisitos sociales y las ventajas personales.

De lo que antecede está claro que dicha totalidad puede obtenerse sólo experimentando una situación de vida apropiada y correctiva, aceptable para el niño, y una relación constructiva con un adulto. Sólo bajo estas circunstancias alterará actitudes y sentimientos engendrados en el pasado por adultos inamistosos y frustradores.

Los principios dinámicos básicos de transferencia, catarsis, conocimiento, reforzamiento del yo, prueba de la realidad y sublimación actúan en este tipo de tratamiento como en otros. El autor cree que todas las técnicas de psicoterapia tienen fundamentalmente los mismos mecanismos dinámicos, aunque pueden ser modificados en algún grado y en ciertas direcciones. La transferencia en la terapéutica de la actividad del grupo no es tan definida como en otro tipo de terapéutica. Este tema se discutirá en otro artículo.

Es necesario que la transferencia de un niño a otro sea predominantemente de naturaleza positiva. La experiencia muestra que siempre que exista un negativismo fundamental de naturaleza básica entre los miembros de estos grupos, prevalecen la exactuación de hostilidad y recriminación, así como las disputas y las peleas. Esto disturba no solamente a los pacientes que participan en la lucha sino genera temor y ansiedad en los otros, que pueden dejar de venir al grupo.

Evidentemente existe un genuino deseo de parte de cada niño, para adaptarse a la nueva realidad, principalmente por su naturaleza placentera y por las satisfacciones que se originan de ella. El sabe bastante bien que si se excede en transgredir los controles necesarios se tornará inaceptable para el grupo. Será entonces rechazado por los otros niños. En consecuencia, al elegir pacientes para estos grupos los seleccionamos porque tienen un deseo pro-

fundo de ser aceptados por otros niños y de formar parte de un grupo. Referimos esto como *hambre social.* El motivo por el cual el niño viene al grupo en primer lugar es por hambre social, así como para controlarse él mismo o para afirmarse más con el fin de pertenecer al grupo. Una vez que él ha experimentado ésto, descubre el efecto productor de placer del auto-control y de la inhibición de sí mismo. El aprende que puede gozar de muchas ventajas en las relaciones y de actividades placenteras si encaja en el grupo. También existe la motivación de satisfacer al "buen" adulto, el terapeuta por su bondad y sus actitudes de aceptación y licencia. Estas realidades, aunque tienen su raíz en el principio del placer, se entroncan fuertemente en la psique del niño y desaparece la percepción de la realidad como experiencia frustradora, punitiva y restrictiva. Las actitudes recientemente descubiertas son entonces transferidas a otras relaciones, tales como a la escuela, los compañeros de juego y el hogar.

Es aparente que los materiales, las oportunidades para el juego libre, el uso de colores, el golpear con los martillos, el disparar las armas, el lanzar los objetos alrededor, son formas de desplazamiento de la agresión y de sublimar los impulsos hostiles. El desplazamiento precede a la sublimación. Los niños primero atacan el ambiente, algunas veces con mucha violencia. Pueden extraer la pintura o poner pintura sobre las paredes, sacarles el yeso, lanzar pequeños objetos a los transeúntes, encender pequeños fuegos, lanzar pinturas y agua por el cuarto y generalmente estropear la habitación. Entendemos que estas actividades son desplazamiento de hostilidad sentida hacia los adultos, que los han frustrado, desviando las tendencias agresivas al terapeuta. Pero desde que el terapeuta no despierta violencia directa contra sí mismo pues emplea actitudes neutrales, pasivas, tolerantes y positivas, los niños la desplazan sobre lo que representa al terapeuta, es decir, el ambiente físico. Pronto, sin embargo, bajo la influencia de los miembros más constructivos y mejor organizados del grupo (neutralizadores), y por el proceso natural de desgaste de la agresividad (liberación), los niños adoptan actividades de sublimación tales como terminar los ceniceros, cortar y golpear la madera, pintar las figuras, trabajar con la arcilla, quemar con el punzón eléctrico y formas similares de sublimación de las tendencias sexuales y no-sexuales.

En el agrupamiento de niños siempre es necesario que exista suficiente diseminación de tipos de comportamiento tales como agresivos, niños comparativamente normales y neutrales o retraídos. Llamamos a los agresivos *instigadores,* los niños aproximadamente bien organizados son designados como *neutralizadores,* y a los otros los conocemos con el nombre de neutros. En estos grupos deben incluirse también algunos *aislados,* que son incapaces de participar en las actividades de los otros, pero no por traumatismos psíquicos serios, severo retraimiento constitucional o primariamente psicótico. No pueden tolerarse demasiados agresivos o instigadores en estos grupos, ya que la excesiva hiperactividad generada (comportamiento nodal) disturba la atmósfera del grupo en tal grado que no se pueden obtener efectos terapéuticos. Por otra parte la ausencia de instigadores, convierte al grupo en un conjunto de taller ordinario, sin las interacciones ni remociones emocionales que son necesarias para fortalecer el yo. El yo no puede crecer ni ejercitarse cuando los grupos son tranquilos, pacíficos y demasiado constructivos.

El número de neutralizadores no tiene límite particular. No obstante un número excesivo de neutros sociales, que no participan en las actividades del grupo, también puede ser perjudicial. Hemos encontrado que los neutros pronto se transforman en activos en varios grados y que los aislados frecuente-

mente se liberan lo suficiente como para volverse agresivos por un período de tiempo, en transición hacia una adaptación social más normal.

Entre los factores que operan en el grupo y que contribuyen a la maduración de la personalidad del niño y a las readaptaciones hacia respuestas más normales, debe mencionarse el hecho de que en estos grupos se producen réplicas de las relaciones de la familia. Todos los niños elegidos para el tratamiento de actividad del grupo son los que por diversas razones han tenido relaciones indeseables o destructivas en la familia, ya sea con los padres o con los hermanos.

La atmósfera del grupo está constituída en tal forma que tiende a corregir las actitudes negativas anteriores, los sentimientos destructivos y las inseguridades y temores generados en la relación familiar. El grupo viene a ser una familia, que se aproxima a la vida ideal de familia, tanto como es posible hacerlo en la práctica. El terapeuta del grupo representa para el niño una figura parental positiva, constructiva, que a pesar de aceptar su personalidad corriente no aprueba necesariamente su comportamiento destructivo.

GRUPOS TRANSICIONALES

Otro tipo de grupo terapéutico empleado durante la latencia y el periodo puberal es el grupo transicional. Este es un cruce entre la terapéutica de grupo y el trabajo social de grupo. Los pacientes que han sido tratados en grupos individualmente pero que todavía están incapaces de participar en una vida de grupo organizada o de adaptarse a las rutinas y limitaciones de los llamados programas de grupos planeados, requieren un período transicional de vida social. Los grupos transicionales proporcionan esta experiencia. En estos grupos no se suministran alimentos ni servicios similares. Existe una organización definida y las actividades son planeadas. El grupo se reúne en una casa de asistencia social o en un centro de la vecindad como un "club". Se alienta a los niños a que elijan un presidente, secretario, tesorero y otros oficiales. Ellos cobran las cuotas y dirigen sus asuntos con la ayuda del jefe. El jefe ya no es ni pasivo ni neutro. Más bien participa en el planeamiento. ejerce influencia directoral y ayuda a los niños a realizar sus planes.

La diferencia entre el jefe de un club ordinario y el jefe de un grupo transicional está en que este último conoce los problemas y dificultades de ajustamiento de los niños en las situaciones de grupos. Los ayuda parcialmente haciéndoles ver con claridad que el programa del grupo no es demasiado difícil de realizar. También anima a los miembros para tener buen éxito en la realización del programa y está siempre consciente y funciona de acuerdo con las dificultades de cada uno. A diferencia de los grupos educativos no trata al grupo como una masa sino mas bien individualiza su trabajo y evita el desarrollo de ansiedad y de sentimiento de fracaso en niños que todavía están temerosos o son aún demasiado agresivos para abrirse camino en la situación de grupo. Lentamente el grupo como un todo o los niños individualmente son introducidos en las actividades del centro. Esto puede hacerse como respuesta a intereses especiales tales como arte, drama, atletismo, trabajo en los talleres o en los grupos de ciencia. El grupo transicional, como una unidad puede también participar en actividades. El procedimiento usual es sugerir excursiones alrededor del centro, donde están en realización diversos tipos de actividades, de modo que los miembros puedan observar las actividades a primera mano, expresar interés en ellas y tal vez unirse a dichas labores.

Algunas veces se hace referencia a los grupos transicionales como grupos protegidos y se ha encontrado que son muy valiosos para los niños que

todavía tienen reservas o que psicológicamente están inmaduros para participar en forma completa en las actividades de un programa extenso. Algunos de los miembros de estos grupos no pueden adaptarse a actividades y relaciones de grupos no-protegidos y tienen que ser devueltos a la clínica para tratamiento.

PSICOTERAPIA DE JUEGO DE GRUPO

Hemos hallado necesario introducir una técnica de juego para grupos de niños muy jóvenes de edad pre-escolar con el fin de afrontar sus necesidades particulares. Este tratamiento se denomina psicoterapia de juego de grupo. En esta técnica se emplea los mismos principios y procedimientos que se usan en el tratamiento individual. Sin embargo, la escena física, con ciertas modificaciones, es similar a la de la terapéutica de actividad de grupo. A tres o cuatro niños de cuatro a cinco años de edad, se les proporciona materiales mediante los cuales pueden exactuar sus fantasías, hostilidades y otros problemas que pueden expresar y clarificar mediante partidos, juegos de aparentar y actividades simples, tales como salpicar con agua las pinturas de colores, jugar con arcilla u otras ocupaciones en las cuales ellos participan frecuentemente.

La diferencia entre la técnica que acabamos de mencionar y los grupos de actividad terapéutica está en varias areas: los grupos tienen un número menor de miembros; la habitación es considerablemente más pequeña; los materiales son más simples. Los materiales proporcionados son más adecuados para juegos de fantasía que para trabajo serio o práctico. Se entregan más bien juguetes que herramientas o materiales en bruto. Otra diferencia básica es que las cosas concedidas incluyen el tipo que nosotros conocemos como materiales que activan o que despiertan a la libido. Estos son objetos que evocan la expresión de confusiones y preocupaciones orales, anales, uretrales, sexuales e interpersonales. Con estos materiales los niños exactúan sus preferencias, hostilidades, destructividad y otros impulsos hacia los miembros de la familia y consiguen abreacción a tendencias y fantasías reprimidas o que provocan temor. El centro es una casa de muñecas con un cierto número de cuartos y con muebles apropiados, una serie de muñecas que representan un hombre, una mujer, niños y lactantes así como juguetes de animales y máscaras que sirven para exactuar las fantasías y los temores. Mediante estos materiales los niños juegan mostrando sus fantasías y ansiedades.

Como podría esperarse, las habitaciones que reciben máxima atención en la casa de muñecas son el cuarto de baño y el dormitorio. Los jóvenes pacientes usan los materiales suministrados para ellos en una gran variedad de formas y de acuerdo con las actitudes y sentimientos de cada niño. Algunos por ejemplo colocan a los padres en una cama y a un niño o a varios en el cuarto adyacente o en la misma cama. Otros ponen a la madre y al muñeco-niño en una cama y al padre en otro cuarto o también pueden prescindir de él completamente. Otros niños pueden poner al padre bajo la cama o dejarlo fuera de la casa. Actitudes similares se expresan hacia los hermanos colocándolos en varias habitaciones y en diferentes posiciones o se les lanza por las ventanas o se les mata. El retrete es un foco importante de interés para los jóvenes pacientes y a veces lo colocan en la habitación de entrada. Varias personas son colocadas sobre la taza de la letrina y así sucesivamente.

El tratamiento dado a los animales como representantes de los hermanos o fuentes de afecto parental es importante y la forma como las máscaras se emplean para representarse a sí mismos es igualmente significativa. Estos di-

versos patrones de respuesta son importantes no solo como evidencia de diagnóstico sino como medio para comprender mejor los problemas de los niños, pero también se emplean para la interpretación directa. Se interpreta la actividad al niño dentro de su nivel de comprensión, señalando que las hostilidades y la exactuación brotan de las relaciones intrafamiliares e interpersonales en el hogar. Se puede guiar hasta a un niño pequeño a reconocer sus propios sentimientos y sus deseos de tener una escena vital mejor, gente más amistosa y mejor tratamiento. Sus fantasías y anhelos de eliminación de personas que interfieren con los deseos infantiles los reconoce fácilmente cuando los señala, en tiempo y manera apropiados, un terapeuta hábil y bien adiestrado.

Se interpretan las agresiones y las amistades entre los niños así como sus juegos e historias con el propósito de resolver conflictos, sentimientos de culpa y ansiedades. En esta forma se reducen las tensiones, la suspicacia y la hostilidad en el niño. El resultado es que se transforma en un individuo mejor adaptado y cuando las madres son también guiadas o tratadas, todo el marco familiar mejora y se armoniza. En esta forma se previenen muchos problemas o disturbios neuróticos que podrían integrar la personalidad adulta.

Una técnica algo similar denominada psicoterapia de grupo de actividad —entrevista se emplea en los niños en edad escolar. La escena en estos grupos es la misma que la del grupo de actividad terapéutica, con la excepción de que se proporcionan menos materiales brutos y herramientas para actividades creativas y de construcción. Los niños en esta edad pueden ser mantenidos mejor en un nivel de juego y conversación. Se presenta en la psicoterapia de juego de grupo una casa de muñecas con mobiliario apropiado. También se proporcionan materiales simples que no requieren herramientas ni dispositivos especiales, es decir que se entrega a los niños arcilla y pinturas. Se enfoca el interés en las conversaciones de los niños y en sus inter-reacciones, unos con otros. Constituyen temas de gran interés en las sesiones de grupo los juegos dramáticos, las historias y los informes sobre sus actividades. Como en la terapéutica de juego individual, los niños hablan acerca de sus problemas, preocupaciones, fantasías, esfuerzos, esperanzas y deseos. Se dislocan estas manifestaciones de la represión y del inconsciente y se les permite evaluarlas y comprenderlas a través del despertar del conocimiento y de las fuerzas del yo incrementado [8].

En el tratamiento del grupo analítico de niños pequeños (que es diferente de los grupos de actividad) debe limitarse, restringirse y dirigirse la exactuación. Al mismo tiempo es necesario que el terapeuta llame la atención sobre el significado latente del comportamiento. Esta forma de interpretación tiene diversos valores terapéuticos. En primer lugar, se estimula la producción de una transferencia positiva porque el niño siente que es comprendido por el terapeuta. En segundo término, le hace conocer sus problemas reales y el sentido de las intenciones hostiles de su comportamiento. Se percata vagamente de que su comportamiento agresivo en el grupo es sólo expresión de hostilidades que siente hacia otras personas. En un niño mas neurótico, la interpretación sirve para traer a la superficie impulsos, conflictos y ansiedades y hacer que el joven paciente conozca sus dificultades reales.

Cuando se usa la terapéutica de juego, ya sea individualmente o en grupos, el terapeuta debe estar consciente del significado del juego en sus muchas facetas. Debe reconocer que el juego para el niño es lo mismo que el trabajo serio y productivo para el adulto. A través del juego el niño lleva a cabo las tareas de su vida y usa el juego también para muchos otros fines. Nos toma-

ría demasiado espacio revisar las muchas teorías del juego tales como la experimentación con la realidad, la expresión de energía excesiva, la recapitulación de la experiencia filogenética de la raza, el afan de predominio o el esfuerzo para atenuar la realidad.

PSICOTERAPIA DE GRUPO DIRIGIDA

Otros tipos de psicoterapia de grupo pueden clasificarse bajo el título general de psicoterapia de grupo dirigida. La razón para adoptar este término es que las discusiones en estos grupos son predominantemente planeadas o dirigidas por el terapeuta. En algunos de estos grupos se presenta un material definido a los pacientes que puede ser la historia de un caso o principios y conceptos psicológicos específicos. Algunos psiquiatras usan un libro de texto sobre tópicos psicológicos, que los pacientes leen y discuten bajo su dirección, en forma muy similar a lo que se hace en la educación de los adultos. En otros casos se dan conferencias a grandes grupos de pacientes sobre salud mental, psicología general, psicopatología y temas conexos. Los pacientes pueden preguntar cuestiones que son respondidas ya sea por los otros pacientes o por el terapeuta. El contenido de tales discusiones de "clase" se extrae también de ciencia general, literatura, sociología, sucesos corrientes o noticias de los periódicos, que pueden o no estar relacionados con los problemas y preocupaciones del paciente.

En algunos casos se hacen tentativas para crear una moral de grupo favorable y una perspectiva optimista de parte de los pacientes y se trata de inspirarles actitudes saludables y comprensión de los procesos psicológicos relacionados con sus dificultades. Con este propósito se emplean dispositivos y cintas para ilustrar los mecanismos psicodinámicos y los cambios corporales en estados tales como cólera, temor, depresión, proyección, sublimación y otros. Estas y otras técnicas similares algunas veces se designan como "el método de clase" en psicoterapia y pueden ser de tipo represivo, educativo, didáctico o inspirativo.

Algunos psicoterapeutas emplean el sistema de guía y de dar consejos. Otros imponen reglas más bien estrictas para el comportamiento en el trabajo y en las actividades sociales, que ayudan a los pacientes a mantener un balance entre las fuerzas intrapsíquicas y las presiones externas. Este último método puede llamarse inspirativo-autoritario. El grupo motiva el autocontrol del paciente, impulsa el conocimiento de sí mismo al tratar con la realidad externa y le ayuda a conocer sus actividades y reacciones. El elemento autoritario emana del ejercicio del terapeuta como autoridad directa. Algunas veces la autoridad es delegada a un paciente más viejo que dirige a los miembros más recientes del grupo.

En la categoría de psicoterapia de grupo dirigida también se incluyen métodos autoritarios menos formales y menos didácticos, en los que el psicoterapeuta conduce las entrevistas del grupo de acuerdo con un plan específico creado por él. Algunos terapeutas emplean el método de rotación con los pacientes. En esta técnica se llama a los pacientes individuales para que expongan sus problemas y describan sus reacciones en un órden dado, de modo que solo un paciente es tratado a la vez, mientras que los otros enfermos son colocados en el rol de espectadores.

En otras terapéuticas de grupo dirigidas, el psicoterapeuta invita a los pacientes a traer material específico sobre sí mismos o sobre sus antecedentes o les instruye para que memoricen y relaten sus sueños. Estos materiales se usan como punto de partida para discusiones ulteriores. En algunos casos se

puede emplear la asociación libre con los enfermos, después de que se ha hecho la exposición inicial sobre la base del material dirigido. Otros psicoterapeutas limitan la extensión de las discusiones del paciente, constriñen el campo de la asociación libre y la canalizan hacia areas en las cuales el terapeuta quiere que el grupo se mueva.

Todavía otro tipo está constituído por los métodos de consejo y guía en la terapéutica de grupo, técnica que se usa corrientemente. En este método se evitan todas las discusiones psicológicas. El contenido de las entrevistas se confina a situaciones prácticas inmediatas con el propósito de obtener mejor conocimiento y confianza en sí mismos. Como otras técnicas de este orden, emplea la comprensión intelectual y el sostén del yo y trata principalmente con dificultades y conflictos de aquí y de ahora. El intercambio de opinión entre los participantes produce mejor claridad y un cierto grado de reconceptualización, universalización y objetividad que son útiles para las personas que están en zozobra.

La mayor parte de estas técnicas se basan en la exploración mediante preguntas a los pacientes, con el propósito de descubrir información que ellos pueden no dar libremente. Estos métodos tienen el efecto de limitar o circunscribir la asociación libre, la catarsis irrestricta y la regresión psicológica hacia el trauma. Por esta razón las terapéuticas dirigidas no alcanzan capas profundas de la organización psíquica de la personalidad de los pacientes ni les ayudan a resolver sus problemas básicos, aún cuando son eficaces para aliviar las presiones inmediatas y para ayudarlos en el manejo de los asuntos de la vida cotidiana.

RESUMEN *

Se consignan los caracteres generales del grupo terapéutico, diferenciándolo de los grupos ordinarios de gente. Se discuten luego los principios dinámicos de la psicoterapia de grupo, a saber: relación, catarsis, desplazamiento de catexis, reforzamiento de la conciencia del yo, prueba de realidad y sublimación. A continuación se describen las técnicas fundamentales en los niños, es decir, la terapéutica de actividad, los grupos transicionales y la psicoterapia de juego. Finalmente se mencionan las principales características y limitaciones de las técnicas dirigidas.

BIBLIOGRAFIA

SLAVSON, S. R.: Character Education in a Democracy, New York, Association Press, 1939, capitulo VI.

Ibid.

SLAVSON, S. R.: Some Elements of Activity Group Therapy, American Journal of Orthopsychiatry, October, 1944.

GLAUBER, HELEN M.,: Group Therapy from the Standpoint of Psychiatric Case-Work, American Journal of Orthopsychiatry, October 1943.

A esto le llamamos "transferencia de grupo".

SLAVSON, S. R.,: Types of Relationships and Their Application to Psychotherapy, American Journal of Orthopsychiatry, April 1945.

—— : Introduction to Group Therapy, New York, International University Press, 6, edición, 1954.

—— : Analityc Group Psychotherapy, New York, Columbia University Press, 1950.

* Redactado por el traductor (F. R. Jeri).

INFORMES A LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

HACIA UN PLAN DE ENTRENAMIENTO PSIQUIATRICO DE POST GRADUADOS.

Por Oscar Valdivia Ponce

La formación de psiquiatras bajo un programa didáctico, que llene los requisitos necesarios de un buen entrenamiento, es una necesidad, que resulta impostergable, cuando contemplamos la realidad de abandono e indiferencia nacional de la que sufre el enfermo mental. Pensemos que fuera de nuestra capital, Lima, no hay un sólo psiquiatra ni institución que vele y cuide por la salud mental de más de las tres cuartas partes de nuestra población. Las necesidades psiquiátricas en nuestro país son inmensas e impostergables. Sin embargo no tenemos un programa vasto y coordinado de entrenamiento psiquiátrico. Si bien hay grupos aislados que con esfuerzo y sacrificio tratan, en su encomiable labor de enseñanza, de formar especialistas en psiquiatría; este esfuerzo es aislado y limitado. La mayoría de jóvenes médicos que quieren ser psiquiatras tiene que, obligadamente, emigrar al extranjero en busca de conocimiento y formación.

El joven médico que aspira a ser psiquiatra necesita, pues, orientación y guía para comprender y relacionarse con sus enfermos. Necesita guía para que se la enseñe cómo hacer un interrogatorio, cómo mantener una entrevista, cómo hacer un examen psiquiátrico y llegar a un diagnóstico, a decidir soluciones terapéuticas, a organizar programas terapéuticos y a resolver problemas de admisión, alta, etc.

De lo expuesto se desprende que resulta imperativa la organización de un programa didáctico que debe comprender una enseñanza rotativa y metodológicamente ordenada y que deberá llevarse a realidad en todos los hospitales mentales, servicios psiquiátricos de hospitales generales y clínicas psiquiátricas que reunan las condiciones para ser centros aprobados para la enseñanza psiquiátrica de postgraduados.

Creemos que la organización y ejecución de este programa de entrenamiento psiquiátrico deberá depender del Ministerio de Salud Pública y recibir la colaboración técnica de la institución de máxima representación de la especialidad psiquiátrica y de la Facultad de Medicina.

Pensamos que el proceso que puede conducirnos a la realización de un plan inmediato en la enseñanza de postgraduados, sería el siguiente:

1º.—Nombrar una comisión que organice la enseñanza psiquiátrica de postgraduados.

2º.—El Estado, en su dependencia ministerial de Salud Pública mantendrá la responsabilidad en la organización y funcionamiento de este programa dándole su respectivo valor oficial.

3º.—Designar las instituciones que podrán proveer dicho entrenamiento. Al respecto se considera hospital, servicio o clínica psiquiátrica aprobada para la enseñanza aquella que llene los requisitos fijados por la comisión de enseñanza.

A continuación nos permitimos emitir algunas recomendaciones y sugerencias para la confección de un buen programa de entrenamiento psiquiátrico:

1º.—El entrenamiento en su aspecto teórico-práctico, deberá completarse en un tiempo no menor de 3 abos.

2º.—El año de entrenamiento teórico será de 9 meses y tendrá dos ciclos. El primer ciclo empezará el 1º de abril y terminará la penúltima semana de julio; el segundo ciclo se desarrollará entre la segunda semana de agosto y la penúltima semana de diciembre.

3º.—El entrenamiento práctico estará dividido en períodos sucesivos que se distribuirán a través de los tres años. El entrenamiento deberá completarse rotando de un servicio a otro o si es necesario de un hospital a otro.

4º.—Durante el primer año se pondrá mayor énfasis en el estudio del enfermo psicótico. La enseñanza durante este año tendrá preferencia en lo que se refiere a la confección de la historia clínica, del examen psicopatológico, del diagnóstico del manejo de los tratamientos de choque, drogas y terapia ocupacional.

5º.—En el segundo año se balanceará la experiencia clínica con enfermos psicóticos y neuróticos. Durante el comienzo de este año se reforzará la enseñanza de los tratamientos somáticos de choque a través de un período de tres meses, dedicado exclusivamente al aprendizaje y manejo del tratamiento insulínico y del electroshock. Al finalizar el segundo año se dedicarán tres meses exclusivamente a la práctica de la clínica neurológica en un servicio aprobado para la enseñanza.

6º.—En el tercer año se pondrá más énfasis en la experiencia clínica y manejo terapéutico de los enfermos psiconeuróticos. Se familiarizará el postgraduado con los métodos de psicoterapia profunda; sin descuidar, desde luego, la experiencia clínica con psicóticos. En el tercer año se llevará un ciclo, de tres meses de duración, dedicado íntegramente a la psiquiatría de niños en un servicio de psiquiatría infantil aprobado para la enseñanza.

7º.—Creemos, que, en la formación de un buen especialista, no sólo es indispensable la organización de un buen programa de enseñanza, sino la elección del individuo que tendrá que ser el especialista. Considerando que nuestra especialidad se enfrenta con el aspecto más delicado de la arquitectura humana, el espíritu, resulta consecuente e indispensable seleccionar cuidadosamente al que tendrá que ser psiquiatra. La psiquiatría es una ciencia que requiere de quien la practica ciertas condiciones de personalidad y dotes de constancia, comprensión, resignación y sacrificio. La psiquiatría es quizás la rama de la medicina que menos gratificaciones provee y que casi siempre está impregnada de frustraciones. Entre nosotros se acepta al médico que quiere ser psiquiatra sin una previa evaluación de sus condiciones y cualidades de su personalidad. Para ser psiquiatra se requiere, además de buena salud física y mental, ciertas condiciones de personalidad y vocación que reflejen madurez emocional, esfuerzo, sacrificio y comprensión humana. Además de

estos requisitos personales indispensables, es necesario haber sido graduado de médico cirujano y tener un buen "record" de sus antecedentes de estudiante de medicina o de las actividades de su vida profesional.

Después de haber analizado una serie de programas de enseñanza psiquiátrica de postgraduados de diferentes países y en especial de los Estados Unidos de Norteamérica, tales como los de Menninger School of Psychiatry, Michael Reese Hospital, Northwestern University, etc., sugerimos, teniendo en cuenta nuestra realidad los siguientes cursos didácticos.

Cursos Didácticos

Para el primer año:

Estudio del caso clínico: Este curso se desarrollará en lecciones, demostraciones y prácticas clínicas. El curso se refiere al estudio de las técnicas y métodos para estudiar, organizar y preparar un caso clínico. Esto implica todo lo que se refiere a la historia clínica, a la manera de establecer un interrogatorio y de hacer un examen psicopatológico. El estudio teórico será comentado con casos ilustrativos, demostrando cómo se seleccionan los datos obtenidos y cómo se obtienen éstos. Durante la enseñanza de este curso es indispensable estimular sugerencias prácticas en el procedimiento del examen del paciente, tratando de comparar las semejanzas y diferencias entre un examen psiquiátrico y el examen médico. Es necesario que el postgraduado presente casos preparados para un estudio crítico de la forma y contenido del caso.

Este curso se desarrollará en 14 horas las que se llevará a cabo con una frecuencia bisemanal.

Psiquiatría:

Este curso comprenderá los siguientes capítulos:

a) Introducción: Se refiere a un análisis histórico, filosófico, cultural y científico de las varias contribuciones en los campos de la teoría y práctica psiquiátrica. Este estudio comprende las teorías: kraepeliniana, psicobiológica, psicodinámica, psicoanalista, etc.

b) Psicología y Psicopatología: Comprende el estudio descriptivo y dinámico de la psicología y psicopatología general.

c) Estudio del inconsciente y de sus manifestaciones: Estudio topográfico de la personalidad. La explicación dinámica que estará basada en el concepto de las funciones homeostáticas del Yo e incluye estudio de los mecanismos de defensa. Estos principios teóricos se ilustrarán con la presentación de casos clínicos.

d) Psiquiatría especial: Se refiere al estudio de los diferentes cuadros clínicos.

En este curso se tomarán 36 horas las que se distribuirán en la siguiente forma: Introducción 6 horas, Psicopatología 10 horas, Estudio del inconsciente y de sus manifestaciones 6 horas, Psiquiatría especial 14 horas. El curso será dictado con una frecuencia de dos horas a la semana.

Principios generales del tratamiento psiquiátrico.

Este curso se refiere a la terapéutica psiquiátrica y a sus problemas. Esto incluye el análisis de la relación emocional médico-paciente, técnicas de las entrevistas, organizar programas de tratamiento utilizando la terapia ocupacional y recreativa. Estudio de cada uno de los tratamientos somáticos de choque (insulina, electro-shock, etc.), quimio-terápicos (drogas ataráxicas, barbitúricos) y de los tratamientos neuro-quirúrgicos (leucotomía, topectomía etc). Este curso se desarrollará en 20 clases las que se dictarán con una frecuencia de una semanal.

Test psicológicos.

Este curso comprende demostraciones, seminarios y práctica clínica. Tiene por objeto dar al estudiante del primer año una enseñanza en administrar e interpretar los test psicológicos usados más frecuentemente (RORSCHACH, WECHSLER, T. A. T., etc.). La duración de este cursillo comprenderá 16 horas, las que se administrarán una vez por semana.

Neurología. 1er. Curso.

Comprende el estudio de la neuro-anatomía, neuro-fisiología y semiología neurológica. Se dictará, durante el primero y segundo semestres con una frecuencia de una hora semanal.

Para el segundo año.

Personología:

Se refiere al estudio de las teorías, desarrollo y funciones de la persona-nidad; teniendo en cuenta las influencias de los factores constitucionales, genéticos, orgánicos ambientales y culturales. Estudio del concepto de normalidad y madurez emocional Estudio sobre los problemas de la infancia, de la niñez, de la adolescencia, del matrimonio, de la involución y las reacciones hacia las enfermedades orgánicas, en especial a las crónicas.

Introducción al psicoanálisis.

Este cursillo comprende un estudio de los orígenes e historia del psico-análisis. Conceptos psicoanalíticos sobre la estructura y funciones de la per-sonalidad. Análisis de los sueños, actos fallidos y símbolos etc. Estudio de las escuelas desidentes de Jung, Adler, Rank, Reich y variantes modernos: Sullivan, Fromm, Horney, Alexander, etc.

Psicoterapia.

El curso de psicoterapia comprenderá el estudio de las bases y de la filo-sofía de ésta. Tipos de psicoterapia. Procesos y estructura de la psicoterapia, el problema del comienzo, el de la relación emocional, de la transferencia y de la contratransferencia. Interpretación en psicoterapia y análisis de los sue-ños. Emergencias psicoterapéuticas. Este curso se dictará durante el primer semestre y tendrá una duración de 20 horas.

Psicoterapia. Supervisión de grupo.

Una vez por semana se reunirán grupos de 6 u 8 postgraduados con un supervisor a discutir la psicoterapia en una paciente. Este tipo de psicoterapia práctica se llevará en una hora semanal a través del año.

Neurología clínica. II Curso.

Comprende el estudio de las diferentes enfermedades del sistema nervioso, estudio que deberá completarse con demostraciones de enfermos y con el estudio macroscópico y microscópico de las diferentes lesiones orgánicas del sistema nervioso. Se dictará en 30 lecciones.

Electroencefalografía.

Aplicación, métodos y diagnósticos electroencefalográfico. Familiarización con el manejo del electroencefalógrafo y con las técnicas electroencefalográficas. La duración de este cursillo comprende un ciclo de 12 horas.

Para el tercer año.

Psiquiatría infantil.

Introducción a la psiquiatría infantil. Desarrollo del niño. Psicodinamia y psicoterapia. Este curso se dictará, durante el primer semestre en 20 clases.

Psicoterapia.

Este curso será una continuación del primero e implica un estudio profundo de la psicoterapia con problemas prácticos de pacientes con obsesiones, angustias, desórdenes de carácter y otros síndromes psiquiátricos. Psicoterapia en el enfermo de medicina general. Este curso dará conocimientos de las diferentes técnicas psicoterapéuticas, así como un breve estudio de la psicoterapia con enfermos psicóticos. Se dictará en 20 horas a través de los dos semestres.

Psicoterapia. Supervisión de grupo.

En grupos de 8 estudiantes, que se reunirán una vez a la semana, bajo la dirección de un supervisor, se seguirá el proceso psicoterapéutico de un caso presentado a discusión.

Psiquiatría social.

Se refiere a la relación de la sociología con la psiquiatría, así como a la aplicación de la psiquiatría a la industria, delincuencia, educación y a la sociedad. El curso se dictará en 12 horas.

Psiquiatría administrativa.

Comprende el estudio de la administración en el hospital psiquiátrico. Estudia los problemas y a la orientación de la administración hospitalaria con fines terapéuticos. Este cursillo se dictará en 10 horas.

Psiquiatría forense.

Se refiere a la responsabilidad, ética, leyes, etc. Se dictará en 8 horas.

Antropologia y psiquiatría.

Estudio de los factores sociales y culturales en la etiología y sintomatología de las reacciones mentales primitivas y modernas. Psicoterapia y factores sociales y culturales en la formulación de la meta terapéutica y del concepto de lo normal y anormal. Se dictará en 15 horas.

Psiquiatría y religión.

Se refiere a la relación entre la psiquiatría y la religión y su cooperación. Será dictado en 6 horas.

LAS HUELGAS DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Por OSCAR VALDIVIA PONCE

La sociedad, como todo ser biológico, tiene una organización y una dinámica y en el bullir de su fisiología, moviliza una serie de mecanismos psicosociales de defensa para mantener su equilibrio inestable. Un grupo humano organizado dentro de una sociedad tiene una vida temporal y dinámica que depende de la interacción de sus elementos, que llevan en sí la influencia de la sociedad misma, la de su pasado y presente personal y la de las expectaciones de su futuro individual.

La comprensión de los grupos, en su organización e interacción, será más profunda si se hace de ellos un afronte social, antropológico y psiquiátrico.

La Universidad es un grupo que forma parte y es expresión de nuestra propia sociedad y cultura. En su vida hay factores que dependen de nuestra propia sociedad y de la interacción de sus elementos. Entonces, resulta imprescindible conocer sus elementos y sus interrelaciones para comprender su funcionamiento y explicar sus eclosiones.

Analizando las eclosiones o expresiones patológicas de un grupo, podemos dinámicamente, arribar a su etiología. Las huelgas universitarias son síntomas de una desarmonía que se presentan como una expresión crónica, que confunde a nuestra Universidad por casi medio siglo.

Es preciso entender que el descontento estudiantil como fenómeno humano natural ha existido desde que se crearon las universidades; pero desbordando su normalidad, alcanza su máxima expresión y se hace persistente en estas últimas décadas por una serie de factores propios de nuestra civilización y cultura.

El enfoque del problema universitario se planteó en medio de la tensión del conflicto de las huelgas, y como tal, este afronte tenía que estar cargado de emoción, tensión y angustia; factores negativos que, indudablemente, contribuyeron a la imposibilidad de obtener reformas duraderas.

Las huelgas, producto de un conflicto, son expresión de descontento y son armas de defensa o agresión. Las huelgas universitarias son el resultado de un conflicto en la profunda interacción de fuerzas emocionales, cargadas de hostilidad, entre alumnos y profesores. En la larga historia de las huelgas y reformas, estudiantes y maestros plantearon siempre sus puntos de vista bastante antagónicos. Los estudiantes hicieron énfasis en la enseñanza deficiente, en la falta de gabinetes y laboratorios; en el despotismo de algunos maestros; pedían cátedra libre y exigían el co-gobierno. Los maestros, por otro lado, señalaban la negligencia de la juventud, la falta de interés por el estudio, la inasistencia a las clases, la falta de vocación y la política como causa

del fracaso universitario. En fin, ambas partes plantearon muchos ángulos del problema y señalaron factores como si estos fueran "la causa única" del problema. Se olvidó que aquello que se esgrimía como causa, no eran más que factores desencadenantes de muchos otros resortes y de "algo" que los individuos traen o tienen en sí: fuerzas emocionales, instintos y conflictos. Se olvidó que en toda relación humana se establecen fuerzas emocionales positivas y negativas que producen frustraciones y crean angustia.

Conocer los factores psicológicos dinámicos en el estudiante como individuo y como grupo en la Universidad es muy importante para el mejor entendimiento de la dinámica de las huelgas y ésto pasaremos a analizarlo.

Si bien un gran número de estudiantes universitarios no es, cronológicamente, adolescente, la mayoría de ellos están psicológicamente viviendo las tensiones y conflictos de la adolescencia, proceso tortuoso que casi siempre se expresa a través de una "pisicopatología normal". La adolescencia recapitula, en breve, muchas etapas de la evolución infantil psicológica del individuo. Es en esta adolescencia que el Yo individual adquiere tendencias expansivas de omnipotencia, que el narcisismo se acrecienta y que el Yo ideal es casi siempre comparado con el héroe. Por otro lado la estructura social, que tiene sus leyes, obliga a este Yo individual a usar sus defensas psicológicas; y por ende a reprimir, canalizar o sublimar su energía instintiva. En resumen el joven estudiante, en su tormenta psicofisiológica, sufre el impacto de fuerzas instintivas, las demandas de su conciencia moral e ideales y las exigencias de su mundo social. En este maremagnum conflictivo, el estudiante estará pronto a exhibir una conducta teñida de angustia, hostilidad y rebelión.

Es importante no olvidar que la mayoría de los estudiantes universitarios viene de una clase media o pobre; de hogares donde la angustia económica se deja sentir y donde la actitud del padre es absolutista y despótica. Este tipo de padre ha criado al niño bajo un completo absolutismo y ha plasmado en él, a través de contínuas frustraciones, un modelo de conducta sensible a su despotismo y cargada de hostilidad contra la imagen parental o contra toda figura que la represente. Esta hostilidad tendrá que desplazarse, más tarde, contra toda imagen autoritaria que sea absolutista, despótica y tiránica. El joven estudiante, con una niñez llena de frustraciones y traumas, con una adolescencia angustiante y con una situación familiar llena de incomprensión y frustraciones, tendrá que fijar una nueva meta, un nuevo ideal muy superior al del padre y por eso va a la Universidad. Pero, la situación universitaria revive en lo más profundo de sus planos inconscientes situaciones infantiles de su pasado y del presente familiar. La figura del padre encuentra su simbólica representación en la del maestro; muchos hemos oído decir: "los maestros son como tus propios padres".

La Universidad a la que llamamos "alma mater", representa simbólicamente la madre, que nutre al hijo, ya no materialmente, sino espiritualmente con el conocimiento y el saber. Los estudiantes representan simbólicamente, unos a los otros, los hermanos y, así, hemos oído hablar del fraterno compañerismo en la familia universitaria.

Ciertas deficiencias materiales en el claustro universitario, asociadas a incomprensión y actitudes especiales de parte de algunos maestros, permiten revivir en el inconsciente del joven estudiante situaciones del pasado y estimular el renacimiento de sentimientos agresivos que traen pugna, que generalmente culmina con la máxima aspiración de los estudiantes, "el co-gobierno"; poder participar del gobierno de "la madre Universidad". Estos senti-

mientos inconscientes hostiles y agresivos, precipitan, tarde o temprano, el comienzo de una lucha. Lucha que, partiendo de actitudes ligeramente hostiles, llegará a su máximo con comunicados de protesta, huelgas, ausentismo de la clase (agresión pasiva) y con la toma de la Universidad (agresión activa).

Hasta aquí se ha hecho una descripción panorámica de los factores que emergen de parte del maestro. Entre estos es preciso señalar los que provienen de la personalidad, los factores ambientales, el proceso biológico de la vejez y el desconocimiento de lo que significa la relación interpersonal de maestro-alumno.

El factor personalidad es muy importante para una buena relación interpersonal. Indudablemente, algunos maestros, por razones de inmadurez psicológica de su personalidad, están viviendo estados emocionales angustiantes, lo que dificulta una madura relación en todos sus niveles.

La circunstancia o ambiente social en el que el maestro vive y el equilibrio de su relación con su ambiente es muy importante, ya que dificultades en este aspecto, traerán desplazamientos emocionales sobre sus discípulos.

El hombre moderno de nuestra sociedad responde más sensitivamente ante el problema fisiológico de la vejez, ya que la vejez es un foco de inseguridad para el hombre de hoy. En sociedades patriarcales el significado de vejez fué diferente del de hoy; el hombre viejo adquiría una situación respetada en la sociedad y el decrecimiento de su potencia sexual no era una amenaza, desde que el matrimonio era más estable. El respeto que la sociedad guardaba al hombre anciano era, pues, una compensación a la pérdida psicobiológica del proceso de la vejez. En el tiempo presente de nuestra cultura, el viejo no está protegido por aquella tradición. Así, la inseguridad en el anciano comienza al cernirse en la personalidad ese decrecimiento de la capacidad psicobiológica ante el estrago de la vida social. Entonces, el anciano tiene que movilizar defensas psicológicas como un adolescente y, poco a poco, se va tornando egoísta, narcicista e inseguro. Mientras el anciano es insatisfecho consigo mismo, demanda de aquellos que lo quieren lo imposible, de manera que así ellos puedan hacerlo inconsciente de su debilidad.

Indudablemente, el desconocimiento psicológico del maestro, de lo que significa relación interpersonal y de su papel como guía del grupo, lleva, pues, a la intolerancia, incomprensión y fracaso de una buena convivencia en la familia universitaria.

Todos estos factores, que dependen del binomio maestro-alumno, son también muy importantes a considerar al lado de aquellos de orden material para un mejor enfoque de la dinámica del grupo universitario.

SERVICIOS PSIQUIATRICOS EN LOS HOSPITALES GENERALES DEL PERU

Por RAÚL JERÍ

En la actualidad algunos hospitales de Lima cuentan con servicios psiquiátricos, en los cuales se atienden generalmente enfermos ambulatorios. La proporción de camas para pacientes psiquiátricos en los Hospitales Obrero, Militar y de Policía, es sumamente reducida si se considera el gran número de camas que existen para atender pacientes de medicina y de cirugía. El Hospital Loayza cuenta con un consultorio de psiquiatría pero no con facilidades para internar pacientes psiquiátricos. Los hospitales 2 de Mayo, del Niño, Santo Toribio, de Maternidad de Lima no cuentan con servicios psiquiátricos. En el Callao el único hospital que tiene un consultorio de psiquiatría es el Daniel A. Carrión. Los demás nosocomios carecen de secciones para atender enfermos con alteraciones psicológicas o psico-somáticas. En los restantes hospitales de la República se carece asimismo de psiquiatras, camas psiquiátricas o consultorios para enfermos de esta naturaleza.

Considerando que más del cincuenta por ciento de los pacientes que acuden a los consultorios externos de cualquier hospital general padecen de enfermedades neuróticas o psicosomáticas, es indispensable que se establezcan a la brevedad secciones o unidades psiquiátricas en la mayor parte de nosocomios. Dichas unidades deben estar convenientemente equipadas, organizadas y dotadas de personal adecuado como para atender enfermos ambulatorios, pacientes internados en salas de medicina, cirugía o especialidades y, enfermos psiquiátricos, que se hospitalizarán en una sección especial.

Un hospital de 1.000 camas deberá contar cuando menos con un 10 por ciento de camas para enfermos psiquiátricos. El consultorio externo deberá estar en condiciones de atender diariamente cuando menos el 20 por ciento de los enfermos que acuden ambulatoriamente. La organización de los servicios psiquiátricos en los hospitales generales requiere personal especialmente entrenado, material de tratamiento y de diagnóstico y, locales apropiados.

Si tenemos en cuenta las condiciones actuales de la economía de la Beneficencia y de los hospitales estatales, debemos contentarnos con unos pocos departamentos psiquiátricos, que sean capaces de atender con eficiencia a los enfermos que se presenten en las diversas zonas de Lima y en las principales ciudades del Perú.

Proponemos en consecuencia que se organicen servicios psiquiátricos, tomando como base los que existen actualmente en Lima, o sea Hospital Obrero, Hospital Militar, Hospital de Policía, Hospital Daniel A. Carrión. Será necesario organizar nuevos departamentos psiquiátricos en los hospitales 2 de Mayo, Arzobispo Loayza y del Niño, que contando con un número considerable de camas, pueden habilitarse salas que se dispondrán inmediata-

mente para la asistencia de los enfermos mentales agudos. El Hospital Víctor Larco Herrera podría cubrir los ingresos psiquiátricos que se produjeran en las zonas vecinas (Miraflores, Barranco, Chorrillos, San Isidro, etc.). Tendríamos así dividida la ciudad en diversas zonas, cada una de las cuales contaría con un departamento psiquiátrico dentro de un hospital general, donde podrían internarse pacientes de ambos sexos, incluyendo niños. Los hospitales de las diversas ciudades del Perú tambien deberían tener un servicio psiquiátrico, organizado en forma similar a los de Lima. Cuando menos se necesitan estos servicios en las ciudades de Trujillo, Chiclayo, Huaraz, Tarma, Tacna, Arequipa, Cuzco y Puno.

PERSONAL

Si recordamos la aguda escasez de personal para atender enfermos mentales en Lima, podemos comprender que se hace indispensable organizar centros docentes en los diversos hospitales generales y en el Hospital Larco Herrera con el fin de formar el personal suficiente para atender las necesidades actuales y futuras de Lima y de provincias. Es indispensable por tanto que se coloque al frente de cada sección, cuando menos durante los primeros tres años, a psiquiatras competentes, con suficiente experiencia clínica y docente, así como a enfermeras psiquiátricas. Consideramos que el personal de un servicio de psiquiatría debe estar formado de la siguiente manera:

Psiquiatra Jefe de Servicio
Psiquiatras residentes
Psiquiatras asistentes
Psicólogo clínico
Enfermeras psiquiátricas
Internos
Auxiliares psiquiátricos de ambos sexos
Asistentas sociales
Terapeutas de trabajo
Terapeutas recreacionales.

El psiquiatra Jefe de Servicio deberá contar cuando menos con las condiciones mínimas exigidas por la Asociación Psiquiátrica Peruana para considerarlo como miembro activo de la institución, es decir: (1) que tenga cuando menos cinco años de ejercicio profesional, (2) que ese tiemp lo haya dedicado a atender exclusivamente enfermos psiquiátricos, tanto psicóticos como neuróticos y débiles mentales. Tambien se tomará en cuenta los estudios y entrenamiento de post-graduados hechos en el extranjero o en servicios psiquiátricos del Perú, bajo la supervisión y control de los jefes de dichas dependencias. Se debe dar preferencia a los médicos que tengan cuando menos un mínimo de tres años de residentes o asistentes en un servicio de psiquiatría en un hospital general o en un establecimiento para enfermos mentales. Es conveniente tener en cuenta el mérito de las publicaciones sobre psiquiatría y temas conexos que el candidato haya publicado y el entrenamiento personal en psicoterapia, supervisado por un psicoterapeuta de reconocida capacidad. Es recomendable que el futuro jefe de servicio tenga un entrenamiento de 6 a 12 meses con enfermos neurológicos. El psiquiatra necesita estar más familiarizado que el médico general con el paciente que sufre de enfermedades del sistema nervioso central, pues con gran frecuencia le consulta-

rán enfermos que se presentan con cuadros psicológicos y resultan padeciendo de enfermedades degenerativas, tóxicas, metabólicas o neoplásicas del cerebro.

El psiquiatra residente (o asistente) es el médico encargado de la labor clínica de la sección. Deberá hacer las historias psiquiátricas, el examen de los enfermos y los tratamientos indicados. Cada servicio debe tener cuando menos tres residentes ya que un departamento psiquiátrico debe contar con personal médico durante las 24 horas del día para resolver las emergencias que puedan presentarse durante cualquier hora del día o de la noche. Es indispensable que parte del personal médico se dedique en forma exclusiva a las labores de psicoterapia, pero teniendo en cuenta las condiciones actuales, esta labor tendría que encargarse al principio al médico jefe y a los asistentes de mayor experiencia.

El psicólogo clínico no es un médico sino un profesional especialmente preparado para realizar pruebas de capacidad intelectual y vocacional, pruebas proyectivas de la personalidad y otras técnicas. Su trabajo requiere también sesiones de varias horas con cada enfermo y en consecuencia es preferible que permanezca en el hospital durante el estudio clínico integral de los pacientes y la selección de los métodos de psicoterapia adecuados. Asimismo se requieren sus servicios para el estudio psicológico de los niños y para realizar exámenes de evolución clínica de los enfermos.

La enfermera psiquiátrica debe haber sido formada en un hospital para enfermos mentales o en una clínica o departamento psiquiátrico de un hospital general. Se encargará de la observación minuciosa de los enfermos, el cuidado de los mismos y de asistir a los residentes en los tratamientos especializados (electrochoque, electrocoma, insulinoterapia, etc.). Es indispensable que tenga conocimientos teóricos y amplia experiencia en dichos procedimientos.

Un servicio psiquiátrico no puede funcionar eficazmente sin asistenta social. Considerando que muchos enfermos no son capaces de suministrar informes fidedignos, por sus condiciones mentales, y que los familiares frecuentemente no se acercan al servicio cuando son citados y dan muchas veces informaciones inexactas, es necesario contar con personal que visite a los familiares y amigos del paciente y obtenga datos que servirán para definir el diagnóstico, orientar el tratamiento, prevenir nuevos brotes de enfermedad mental y completar informaciones una vez que el paciente haya abandonado el hospital. La asistenta social podrá ayudar considerablemente al médico aportando informaciones y sugerencias para la mejor comprensión y asistencia del enfermo. Muchas técnicas de modificación del medio ambiente, continuación de la psicoterapia iniciada en el hospital, resolución de problemas sociales, económicos y familiares del paciente podrán ser manejados por la asistenta social, especialmente preparada para esta clase de actividades.

La asistencia psiquiátrica moderna requiere de personal capacitado para cumplir una labor trascendental en la recuperación del enfermo mental, nos referimos a la terapéutica por el trabajo y a la terapia recreacional. Los pacientes mentales, que en su gran mayoría no necesitan guardar cama, pronto se quejan de la inactividad en que se encuentran y esta suele ser perjudicial, pues les proporciona muchas horas que dedicar al autismo o al ensimismamiento, apartándose cada vez más del contacto productivo con otras personas. El terapeuta de trabajo actúa proporcionando a cada paciente labores agradables, de acuerdo con su preparación, vocación y estado actual. Este técnico puede pertenecer al departamento de terapéutica por medios físicos y de re-

habilitación del hospital. La terapéutica de grupo, contribuye en considerable proporción a la recuperación del enfermo psiquiátrico.

LOCAL PARA EL SERVICIO

La mayor parte de enfermos psiquiátricos en los hospitales generales son individuos que presentan reacciones neurósicas y por tanto raras veces demuestran comportamiento extravagante, ruidoso, destructivo u hostil; en consecuencia el servicio de psiquiatría puede estar instalado en una sección o en uno de los pisos del hospital. Deberá contar con consultorios externos y salas para pacientes hospitalizados. Los consultorios guardarán relación con el volumen de enfermos del hospital. Si atiende una consulta de 200 enfermos diarios por ejemplo, debe tener capacidad para recibir cuando menos 50 enfermos psiquiátricos. Es decir, dispondrá de un número suficiente de médicos y de horas de consulta para poder atender eficazmente estos casos. Vale la pena recordar que la primera consulta psiquiátrica dura, por término medio, sesenta minutos. Las consultas posteriores pueden tomar menos tiempo, pero generalmente exceden de 30 minutos.

El local para enfermos hospitalizados puede estar en la misma sección de los consultorios o de preferencia, en otro lugar más alejado del edificio. Constará de pequeñas salas para diferentes tipos de enfermos, divididos según el sexo y condiciones mentales. También contará con salas de tratamiento, trabajo y de recreación, que se emplearán tanto para los enfermos internados como para aquellos que concurran sólo durante las horas del día (day hospital). En los grandes hospitales regionales se podrán construir locales independientes, para 60 o 100 camas, que se emplearán en aquellos casos que necesiten tratamientos prolongados (1 o 2 años), a semejanza de las unidades psiquiátricas, que se han instalado anexas a ciertos hospitales generales en algunos países. El departamento psiquiátrico tendría entonces tres secciones: consultorio externo, internados recientes (incluyendo pacientes diurnos) y unidades de pacientes que requieren tratamientos a largo plazo.

Un departamento de psiquiatría bien organizado debe estar en condiciones de suministrar la mayor parte de los tratamientos especializados que se realizan en los hospitales psiquiátricos, desde la psicoterapia intensiva hasta las técnicas más recientes de neurolisis química o estereotáxica. El local para comas insulínicos debe estar próximo a las salas de los enfermos y las intervenciones quirúrgicas podrán hacerse utilizando los servicios de neurocirugía y de radiología del hospital.

EQUIPO

La ciencia psiquiátrica emplea en la actualidad numerosas técnicas derivadas de distintas especialidades. El equipo del psiquiatra debe contar por tanto con diversos aparatos y dispositivos. En el hospital general cuenta con servicios que puede utilizar libremente tales como radiodiagnóstico, cirugía cerebral, neurología, electrodiagnóstico, fisioterapia y rehabilitación, anatomía patológica, psicología clínica, servicio social, laboratorio clínico, archivos y mecanografía. El servicio necesita además contar con aparatos de la mejor calidad para electroterapia cerebral, insulinoterapia, electroencefalografía, registro de entrevistas psiquiátricas, equipos de emergencia para recuperación respiratoria y cardiovascular.

El archivo de historias debe ser independiente de la sección general de historias del hospital. Las historias psiquiátricas tienen datos estrictamente

confidenciales que no conviene que sean del dominio de las personas que pertenezcan a otros servicios del hospital. El servicio contará cuando menos con una sección de notas que se denominarán "especiales" y que guardará bajo llave el médico responsable.

CONCLUSIONES

Los datos que anteceden describen en forma muy esquemática los requisitos que debe llenar un servicio de psiquiatría en un hospital moderno. Considerando la situación presente de nuestro país, en lo que se refiere a personal especializado y a equipos para atender enfermos psiquiátricos, la Asociación Psiquiátrica Peruana debe recomendar la reorganización de los hospitales generales de la República, de acuerdo con la ciencia hospitalaria actual, organizada en forma uniforme, de servicio médico permanente, en cada sección del hospital, a base de residentes e internos.

Recordando las múltiples labores de organización, tratamiento y docencia que debe realizar el médico jefe del servicio recomendamos que se le contrate a tiempo completo, con salario adecuado, para que pueda prestar cuando menos seis horas de su tiempo al servicio que se le ha encomendado.

El personal de residentes, enfermeras, enfermeros y auxiliares debe ser también contratado a tiempo completo. Los residentes, asistentes e internos serán entrenados por el jefe del servicio. La enfermera jefe debe proceder de un hospital psiquiátrico o tener entrenamiento de post-graduada en psiquiatría. Si es imposible contratar a este personal, el jefe del servicio tendrá que ocuparse también, cuando menos durante los primeros tres años, de preparar convenientemente al personal de enfermeras. La experiencia indica que es posible educar eficientemente al personal auxiliar en servicios psiquiátricos de hospitales generales.

Un requisito verdaderamente indispensable es contar con suficiente número de enfermeras para atender a los pacientes durante las 24 horas del día.

En los hospitales de provincias, al principio será necesario prescindir de psicólogos clínicos y de terapeutas de trabajo, pero en cambio es posible contratar asistentas sociales o personas jóvenes a las cuales se les puede enseñar a conducir una entrevista social y a llenar los datos que se requieren para el tratamiento de los enfermos.

En cuanto al local es completamente indispensable contar con clínicas (consultorios) para adultos y niños de ambos sexos, en la sección del consultorio externo, y además salas para enfermos internados, con espacio suficiente para tratamientos físicos, laborterapia, recreación, rehabilitación y descanso.

HERMILIO VALDIZAN Y LA ANECDOTA

A LUIS ALAYZA Y PAZ SOLDAN

por José Max Arnillas Arana

A Hermilio Valdizán tócole nacer y desarrollarse, como hombre y como médico, en el Perú exhausto y tristísimo de tras la guerra con Chile. Apenas los años de la infancia pudo pasarlos al amparo de la paz provinciana, en la lejana Huánuco natal. Es en aquella Lima, de extenuación y de crisis, de noción y de desesperación, donde ha de buscar humus la raíz y rodrigón el tallo de su laurel batidísimo. Y para extremar el caso, haciéndolo arquetípico en lo biográfico y en lo histórico, ha de estudiar en excelente escuela, la de Pedro Angel Labarthe, consumado pedagogo y peruano sensibilísimo para con el Perú y el peruano; entre condiscípulos memorables, que como Valdizán, han de esforzarse después en rehacer el Perú, deshecho, instaurando el Perú posible; y agreguemos a todo ello la honestidad y la modestia extremadas del hogar paterno. Sin embargo —ya lo dije una vez, y lo ratifico ahora extendiéndolo a la integridad personal de Valdizán— Don Hermilio fue *provinciano* con todo el sentido panegírico que el recto entendimiento y el romanticismo saludable confieren a ese término. Dije, sí, que para llegar a Valdizán "tendremos que acudir a la literatura que ha encarnado al arquetipo del médico de provincia". Y hemos de ubicar este arquetipo en una típica capital hispanoamericana asolada y enconada, en la cual los caducos rangos tradicionales se empeñan en mantenerse contra súbitos menosprecios y codicias de política. Pues todo es política entonces y, animándola y exacerbándola, pobreza: pobreza del bolsillo, pobreza de la mente, pobreza de la conducta... Toda la fé ha de tornarse a difuntos, y los héroes sobrevivientes no podrán escapar del trajín grotesco, pateticísimo, habiendo alguno de engarzarse con otros en comunes e indignas peleas por arrebato o por propósito.

Valdizán es humano pacífico, y es por esto por lo que su personalidad cabe en la figura de la provincia tal clásica e ingénuamente concebimos la provincia en la capital. Empero la paz de Valdizán ha de ser una aquilatada y configurada en la prueba: fué cronista de policía en sus mocedades y director de manicomio hasta su muerte. Su paz no era de aspiración o de tregua: su paz era trofeo. La constante y callada lucha de su paz con el medio ha de presentársenos ahora limpia de la cascarria que echa la circunstancia provinciana por quieta que ésta sea; y Valdizán, poco antes de su muerte, podrá referir jocosas anécdotas de sus maestros y colegas de la profesión, sin embarazo y sin malevolencia, con la más espontánea y certera ironía y con el alma más benigna y comprensiva.

NOTICIAS NACIONALES

Visita del profesor Nerio Rojas.—

El doctor Nerio Rojas, ilustre Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, visitó Lima especialmente invitado por la Facultad de Medicina de Lima para recibir el Título de Profesor Honorario.

Su permanencia dió lugar a las actuaciones científicas que nos es grato consignar más adelante.

El Miércoles 12 de Junio de 1957 fue presentado en el Paraninfo de la Facultad de Medicina por el Dr. Guillermo Fernández Dávila. El Rector de la UNMSM le colocó la cinta insignia con la que fué incorporado como Profesor Honorario y le fue entregado el Diploma correspondiente. Sustentó luego una conferencia cuyo tema fue *"Otelo ante la criminología y la psiquiatría"*, en la que planteó una nueva tesis sobre la personalidad del personaje Shakespereano.

El Jueves 13, acompañado por el Dr. José Max Arnillas Arana, presentó su saludo al señor Presidente de la República, doctor Manuel Prado. El mismo día a las 7 p. m. fué incorporado en Sesión Solemne a la Academia Nacional de Medicina. El discurso de saludo corrió a cargo del Académico Titular doctor Carlos Enrique Paz Soldán, Secretario Perpetuo de dicha Institución. La sesión fué presidida por el doctor Oswaldo Hercelles. El Profesor Nerio Rojas ofreció una conferencia sobre "INTERRELACIONES DE LA MEDICINA Y EL DERECHO EN NUESTRO TIEMPO".

El Viernes 14, en el Paraninfo de la Facultad de Medicina, en Sesión Extraordinaria de la Sociedad de Neuropsiquiatría y Medicina Legal, fue presentado por el doctor Honorio Delgado. El Profesor Rojas se ocupó del tema "DELIRIOS SISTEMATIZADOS EN LOS HIPEREMOTIVOS".

El Profesor Rojas es miembro Honorario de la Asociación Psiquiátrica Peruana, de la Sociedad de Neuropsiquiatría y Medicina Legal, de la Sociedad Peruana de Medicina Legal, del Colegio de Abogados de Lima y Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de Lima.

Conversatorio "Baltazar Caravedo".—

El Conversatorio que dirige el Dr. José Max Arnillas Arana, inició sus actuaciones científicas del año con la conferencia que sobre *"los problemas de la toxicomanía"* sustentó el doctor Baltazar Caravedo Carranza. El conferenciante trató sobre la obra del Comité de Estupefacientes de las Naciones Unidas y sobre la labor de control que verifica el Gobierno Peruano.

La segunda reunión del Conversatorio se realizó el 10 de Julio de 1957 y estuvo a cargo del Dr. Carlos Alberto Seguín, quien se ocupó del tema *"el complejo de Edipo en la vida y obra de Goethe"*.

Conversatorio "Clínica San Isidro".—

El Lunes 3 de Junio, se realizó la sesión Inaugural del Conversatorio clínico de la Clínica San Isidro bajo la Presidencia del Dr. Baltazar Caravedo.

La actuación científica estuvo a cargo del doctor José Sánchez García, quien se ocupó del tema *"Meprobamato en la angustia"*. El disertante presentó los resultados de su experiencia con 195 pacientes tratados con meprobamato y que sufrían diversas formas de ansiedad.

La segunda actuación del Conversatorio que se lleva a cabo todos los primeros y terceros Viernes de cada mes, se verificó el Lunes 18 de Junio, habiendo actuado como conferenciante el Dr. Manuel Almeida quien estudió el tema *"Empleo de los derivados Fenotiazinicos en el Alcoholismo"*. En la misma actuación, por cortesía de la casa Wyeth se proyectó una película sobre las aplicaciones del Liranol.

Liga Peruana contra la Epilepsia.—

Bajo los auspicios de la Liga Peruana contra la Epilepsia y la Sociedad Peruana de Electroencefalografía y Neurofisiología, se llevó a cabo la conferencia del doctor Richard Joung, Director de la Sección de Neurofisiología de la Universidad de Friburgo, sobre *"Clínica y Electroencefalografía de la Epilepsia"*. La exposición fue ilustrada con una película.

El científico alemán ofreció además, una conferencia en la Facultad de Medicina sobre el *"Significado del Asta de Ammon en las Epilepsias temporales"*, actuación en la que fue presentado por el Catedrático Principal Titular de Neuropatología, Dr. J. O. Trelles.

Centro de Estudios Psicosomáticos.—

Prosiguiendo el Curso de Psicoterapia organizado por esa Institución, se realizó el Jueves 27 de Junio de 1957, una reunión destinada a estudiar la Psicoterapia Existencial de Victor Frankl. Se ocupó del desarrollo del tema el doctor Emilio Valdivia, quien permaneció en Viena algún tiempo al lado de aquel.

Servicio Psiquiátrico del Hospital del Seguro Obrero.—

Continúa desarrollándose el Curso de Psicoterapia de dicho Servicio, habiéndose invitado recientemente a médicos de diversas orientaciones en la especialidad psiquiátrica.

Nuevo Pabellón en el Hospital Víctor Larco Herrera.—

En actuación especial, el día 17 de Abril de 1957, se colocó la primera piedra del nuevo pabellón para atención gratuita de enfermos, que la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima construye en el Hospital Larco Herrera. La ceremonia fue presidida por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social doctor Jorge Haaker Fort, quien pronunció un discurso. También hicieron uso de la palabra los Dres. Oswaldo Hercelles y Juan F. Valega; Presidente del Directorio de la Beneficencia Pública de Lima y Director del Hospital Larco Herrera respectivamente. El 28 de Diciembre se inauguró el Pabellón. Usaron de la palabra el Sr. Presidente de la República y el Presidente de la Beneficencia Pública de Lima Dr. O. Hercelles.

Conversatorio del Hospital Central de Policía.—

El Sábado 22 de Junio el doctor Baltazar Caravedo Carranza, presentó en el Salón de Actos del Hospital Central de Policía, el tema "*Toxicomanias y Contról Internacional de Estupefacientes*".

Viernes Médico.—

En la 10ª reunión del Viernes Médico se tomó como orden del día, un "*Simposium sobre Leucotomías y Resecciones Cerebrales Selectivas*", ocupándose sucesivamente el doctor Rodolfo Landa del aspecto anátomo-fisiológico; el doctor Fernando Cabieses del aspecto quirúrgico; el doctor Carlos Saldías del electroencefalográfico y el doctor Raúl Jerí de los cambios en la personalidad después de las operaciones.

Sociedad de Ayuda al Enfermo Mental.—

Quedó instalada la nueva Junta Directiva que regirá durante el próximo bienio las actividades de esa benéfica asociación.

TERCER CONGRESO LATINO-AMERICANO DE SALUD MENTAL

En el mes de Octubre del presente año, del 22 al 26, se realizará en Lima el III Congreso Latino-Americano de Salud Mental, al cual han sido invitadas todas las Asociaciones de Salud Mental en Latino-América, habiendo nominado sus Comités la mayoría de ellas y asegurado su participación.

El Comité Peruano ha designado como Presidente Interino al Prof. Honorio F. Delgado, quien desempeñará dicho cargo hasta que en la Sesión Preliminar del III Congreso, sea elegido el Presidente Permanente por el voto de la mayoría de los países acreditados. La Secretaría General del Congreso está a cargo del Secretario General de la Asociación Latino-Americana Pro-Salud Mental, Dr. Baltazar Caravedo.

En el curso de sucesivas reuniones, el Comité Peruano ha confeccionado finalmente el Temario después de un exhaustivo estudio. Señala aquel, la realización de Sesiones Plenarias en número de seis, que serán dedicadas a la presentación, discusión y votación de Temas Oficiales, y ventiún Sesiones de Mesa Redonda en las que se contemplarán diversos Temas y en la que podrá presentarse Trabajos Libres. Además, se llevarán a cabo Sesiones Especiales, durante las cuales no habrá discusión ni votación.

Los demás miembros del Comité Peruano son la Srta. Gloria Abate, Dres. Emilio Barrantes, Carlos Krumdieck, Sebastián Lorente, Humberto Rotondo, y Juan F. Valega, como Vice-Presidentes; Dr. Federico Sal y Rosas, Tesorero; Dres. Max Arnillas Arana, Tobías Bravo, Aurelio del Corral, Enrique Encinas, Luis A. Guerra, Teófilo Ibarra, Raúl Jerí, Emilio Majluf, José Mejía Valera, Nicanor Rivera Cáceres, Carlos A. Seguín, Enrique Solari y Dra. María Gómez Calderón, en calidad de Vocales.

Reproducimos el Temario y el Reglamento del III Congreso Latino-Americano de Salud Mental.

III CONGRESO LATINO-AMERICANO DE SALUD MENTAL

Comité Peruano

TEMARIO

I.—Morbilidad mental en áreas Urbanas y Rurales.

A. Morbilidad mental en áreas urbanas.
B. Morbilidad mental en áreas rurales.
C. Morbilidad mental en zonas selvátices.

II.—Problemas de Salud Mental dependientes de la migración Int. y Externa.

A. La migración interna y la Salud Mental.
B. Conflictos interculturales y Salud Mental.
C. Desorganización familiar y migración.

III.—Intoxicación Crónica en América Latina.

A. Alcoholismo.
B. Cocaismo.
C. Otras drogas (peyote, opuntia, etc.).

IV.—Trabajo y Salud Mental.

A. Problemas de Salud Mental vinculados a la Agricultura.
B. Problemas de Salud Mental vinculados a la Industria.
C. Otros aspectos.

V.—Organización de la Comunidad.

A. Influencia familiar en la formación psíquica.
B. Problemas familiares vinculados a la organización de la comunidad.
C. Influencia de la vivienda en la Salud Mental.
D. Influencia del ambiente cultural y de la educación en el joven.

1.— Organización de la comunidad en sus relaciones con los problemas de la juventud.
2.— Relaciones del Estado con las organizaciones juveniles: Comisiones Consultivas sobre Actividades y Problemas de la Juventud.
3.— Consejos de Coordinación de las Organizaciones Juveniles.
4.— Las organizaciones juveniles y la Salud Mental.
5.— El Sistema Scout y la Salud Mental.

E. Organización familiar y Salud Mental.

1.— La familia indígena.
2.— La familia del proletariado de las ciudades.
3.— La familia inmigrante.

F. Estado actual de la actividad pro-Salud Mental en América Latina.

1.— La organización estatal.
2.— Las organizaciones no-estatales.
3.— Problemas de la iniciación de una campaña de Salud Mental.
4.— Plan de organización de campañas.
5.— Proyecto general de la actividad pro-Salud Mental en América Latina.
6.— Servicios Sociales y Servicio Mental.

G. Encuestas y evaluación de planes de Salud Mental.
H. La preparación pro-Salud Mental en América Latina.

1.— La preparación del médico.
2.— La preparación del maestro.
3.— La colaboración de la asistenta social.
4.— La colaboración del sacerdote.
5.— La formación y preparación de grupos o individuos de la comunidad.
6.— Aspectos positivos y negativos de la información y la Salud Mental — Influencias de la publicidad, la literatura, la radio, el cine, la televisión, etc.

VI.—Problemas Sociales y Psicológicos.

A. Delincuencia.
1.— Delincuencia de adultos.
2.— Delincuencia de menores.

B. Prostitución.

REGLAMENTO.

Capítulo I. — ORGANIZACIÓN

Artículo 1º.— El III Congreso Latino-Americano de Salud Mental tendrá lugar en Lima, Perú, del 22 al 26 de Octubre de 1958.

Artículo 2º.— La organización del Congreso está encomendada a un Comité Peruano por encargo de la Asociación Latino-Americana Pro-Salud Mental.

Artículo 3º.— El Congreso tiene carácter oficial reconocido por la Resolución Suprema de 10 de Mayo de 1957, expedida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.

Capítulo II. — MIEMBROS

Artículo 4º.— Pueden participar en el Congreso personas naturales y jurídicas. Al efecto, estas últimas designarán su representante.

Artículo 5º.— El Congreso tendrá tres clases de Miembros:

a) Miembros de Honor, que serán designados por el Comité Peruano.
b) Miembros Activos, que serán todos los profesionales de la medicina, la pedagogía, el derecho, la religión, las ciencias sociales, etc.
c) Miembros Asociados, que serán aquellas personas que se interesan en los problemas y actividades de la Salud Mental, pero que no tienen categoría profesional.

Artículo 6º.— Los familiares de los participantes se considerarán como Miembros Asociados en el momento de la inscripción.

Capítulo III. — INSCRIPCIÓN DE LOS MIEMBROS

Artículo 7º.— Los derechos de inscripción son:

a) Para los Miembros Activos de US$ 15.00, o su equivalente en moneda peruana.
b) Para los Miembros Asociados de US$ 12.00, o su equivalente en moneda peruana.

Capítulo IV. — FUNCIONARIOS DEL CONGRESO

Artículo 8º.— Presidente Interino: El Comité Peruano designará al Presidente Interino, que presidirá hasta que se elija al Presidente Permanente.

Artículo 9º.— Presidente Permanente: En la Sesión Preliminar se elegirá al Presidente del Congreso por el voto de la mayoría de los países acreditados.

Artículo 10º.— Vice-Presidentes: Son Vice-Presidentes del Congreso los Presidentes de las Delegaciones y los Vice-Presidentes del Comité Peruano.

Artículo 11º.— Secretario General: La Secretaría General del Congreso está a cargo del Secretario General de la Asociación Latino-Americana Pro-Salud Mental.

Artículo 12.— Sub-Secretarios Generales: El Secretario General designará los Sub-Secretarios Generales que sean necesarios.

Artículo 13º.— Mesa Directiva del Congreso: La Mesa Directiva del Congreso estará integrada por el Presidente, los Vice-Presidentes, el Secretario General y los Sub-Secretarios Generales.

Capítulo V. — SESIONES

Artículo 14º.— El Congreso celebrará una Sesión Preliminar, dos Sesiones Solemnes (de Apertura y de Clausura) y cuatro Sesiones Plenarias. Habrán también Sesiones de Mesa Redonda y podrán haber Sesiones Especiales.

Artículo 15º.— Sesión Preliminar: La Sesión Preliminar se realizará, bajo la dirección del Presidente Interino, inmediatamente antes de la Sesión Solemne de Apertura y tendrá por objeto:

a) Elegir al Presidente del Congreso.
b) Designar los Presidentes de Mesa Redonda.
c) Crear las Comisiones de Credenciales y de Conclusiones.
d) Asuntos varios.

Artículo 16º.— Sesiones Plenarias: Las Sesiones Plenarias se realizarán bajo la dirección del Presidente del Congreso o del Vice-Presidente que designe al efecto.

Artículo 17º.— Las Sesiones Plenarias estarán dedicadas a la presentación de los siguientes Temas Oficiales:

I. Morbilidad mental en áreas urbanas y rurales.
II. Problemas de Salud Mental dependientes de la migración interna y externa.
III. Intoxicación crónica en América Latina.
IV. Trabajo y Salud Mental.
V. Organización de la comunidad.
VI. Desorganización de la comunidad.

Artículo 18º.— Para cada Tema Oficial habrá un Relator y dos o tres Correlatores, que serán designados por el Comité Peruano.

Artículo 19º.— Los Relatores dispondrán de 20 minutos y los Correlatores de 15, como máximo, para la presentación de cada tema.

Artículo 20º.— Concluída la presentación del Tema Oficial se abrirá la discusión. En ella podrán tomar parte, solamente, dos Delegados por país. Cada intervención en el debate no excederá de 5 minutos.

Artículo 21º.— Cuando lo crea conveniente el Presidente declarará agotada la discusión y someterá el punto a votación.

Artículo 22º.— Podrán votar, únicamente, los Presidentes de las Delegaciones.

Artículo 23º.— Resuelta la cuestión se constituirá, con el Relator y los Correlatores del respectivo Tema Oficial, una Sub-Comisión encargada de redactar las conclusiones correspondientes al tema, las mismas que deberán remitirse a la Comisión de Conclusiones.

Artículo 24º.— Sesiones de Mesa Redonda: Las Sesiones de Mesa Redonda se realizarán bajo la dirección de un Presidente, que será designado en la Sesión Preliminar.

Artículo 25º.— Las Sesiones de Mesa Redonda versarán sobre los siguientes Temas:

I. A. Morbilidad mental en áreas urbanas.
B. Morbilidad mental en áreas rurales.
C. Morbilidad mental en zonas selváticas.
II. A. La migración interna y la Salud Mental.
B. Conflictos interculturales y Salud Mental.
C. Desorganización familiar y migración.
III. A. Alcoholismo.
B. Cocaismo.
C. Otras drogas (peyote, opuntia, etc.).
IV. A. Problemas de Salud Mental vinculados a la Agricultura.
B. Problemas de Salud Mental vinculados a la Industria.
V. A. Influencia de la comunidad familiar y de la morada en la formación psíquica.

B. Problemas familiares vinculados a la organización de la comunidad.
C. Influencia de la vivienda en la Salud Mental.
D. Influencia del ambiente cultural y de la educación en el joven.
E. Organización familiar y Salud Mental.
F. Estado actual de la actividad pro-Salud Mental en América Latina.
G. Encuestas y evaluación de planes de Salud Mental.
H. La preparación pro-Salud Mental en América Latina.

VI. A. Delincuencia.
B. Prostitución.

Artículo 26º.— Las personas que deseen presentar Temas en las Sesiones de Mesa Redonda deberán indicarlo así a la Secretaría General con 90 días de anticipación a la fecha señalada para la inauguración del Congreso. Al hacerlo, precisarán el tema.

Artículo 27º.— Las personas que presenten Temas en las Sesiones de Mesa Redonda dispondrán de 10 minutos, como máximo, para la exposición de sus trabajos.

Artículo 28º.— Concluída la presentación de un Tema se abrirá la discusión. En ella podrán tomar parte, solamente, dos Delegados por país. Cada intervención en el debate no excederá de 3 minutos.

Artículo 29º.— Cuando lo crea conveniente el Presidente declarará agotada la discusión y someterá el punto a votación.

Artículo 30º.— Podrá votar, únicamente, un Delegado por cada país.

Artículo 31º.— Resuelta la cuestión, el Presidente, en unión del ponente del Tema, se encargará de redactar las conclusiones correspondientes, las mismas que deberán remitirse a la Comisión de Conclusiones.

Artículo 32º.—Sesiones Especiales: Las Sesiones Especiales se llevarán a cabo en la misma forma que las Sesiones Plenarias, pero se dedicarán exclusivamente a los Temas Libres.

*Artículo 33º.—*Las personas que deseen presentar Temas Libres en las Sesiones Especiales deberán indicarlo así a la Secretaría General con 60 días de anticipación a la fecha señalada para la inauguración del Congreso. Al hcerlo, precisarán el tema.

Artículo 34º.— Las personas que presenten trabajos en las Sesiones Especiales dispondrán de 5 minutos, como máximo, para exponerlos.

Artículo 35º.— En las Sesiones Especiales no habrá discusión ni votación y las conclusiones de los autores no se incorporarán a las del Congreso.

Capítulo VI. — TRABAJOS

Artículo 36º.— Los trabajos sobre Temas Oficiales y sobre Temas de Mesa Redonda deberán enviarse, en dos copias, a la Secretaría General con 90 días de anticipación a la fecha señalada para la inauguración del Congreso.

Artículo 37º.— Cada trabajo deberá ser acompañado de un sumario no mayor de 300 palabras (una página a máquina, tamaño carta, a doble espacio). Dicho sumario será incluído en la publicación inicial del Congreso.

Artículo 38º.— Si la presentación del trabajo así lo requiera deberán indicarse, en la oportunidad señalada en el Artículo 36º, las facilidades audiovisuales necesitadas, con referencia a las especificaciones del caso.

Capítulo VII.— COMISIONES

Artículo 39º.— En el Congreso funcionarán las Comisiones de Credenciales y de Conclusiones, cuyo personal se elegirá en la Sesión Preliminar.

Artículo 40º.— Comisión de Credenciales: La Comisión de Credenciales se encargará de verificar la documentación de los Delegados y de informar al respecto a la Mesa Directiva del Congreso.

Artículo 41º.— Comisión de Conclusiones: La Comisión de Conclusiones tendrá tres miembros natos: el Presidente del Congreso, un representante de la Asociación Latino-Americana Pro-Salud Mental y el Secretario General.

Artículo 42º.— La Comisión de Conclusiones se encargará de lo siguiente:

a) Clasificar y armonizar, según su índole, las diversas proposiciones de las Sub-Comisiones de Temas Oficiales y de los Presidentes de las Sesiones de Mesa Redonda.
b) Redactar las resoluciones y votos conforme a los acuerdos que se adopten.
c) Transmitir dichas resoluciones y votos al Secretario General, para que éste los incorpore al Acta Final del Congreso.

Capítulo VIII. — VOTACIONES

Artículo 43º.— Las votaciones se resolverán por mayoría simple de los países presentes en ese momento, con el voto, en todos los casos, de un solo Delegado por país.

Artículo 44º.— En caso de empate el voto del Presidente decide.

Capítulo IX. — LENGUAS OFICIALES DEL CONGRESO

Artículo 45º.— Las lenguas oficiales del Congreso son el español y el portugués.

Capítulo X. — ACTA FINAL

Artículo 46º.— El Acta Final contendrá todas las resoluciones y votos aprobados por el Congreso y un sumario de sus actividades.

Artículo 47º.— El Acta Final será redactada, en su texto fundamental, por el Secretario General del Congreso.

Artículo 48º.— El Acta Final será firmada por los Presidentes de las Delegaciones en la Sesión Solemne de Clausura del Congreso y dará fe de ella el Secretario General.

Artículo 49º.— El Secretario General del Congreso transmitirá copia certificada del Acta Final a la Asociación Latino-Americana Pro-Salud Mental y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Perú.

Capítulo XI. — DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 50º.— Podrán participar en el Congreso Observadores de países no latinoamericanos, tomando la calidad de Miembros Asociados.

Artículo 51º.— La interpretación del Reglamento del Congreso y las cuestiones no previstas en él serán de la competencia del Comité Peruano, antes del Congreso, y de la Mesa Directiva durante su realización.

Artículos 52º.— El Comité Peruano se encargará de aprobar el presente Reglamento.

NOTICIAS PSIQUIATRICAS DEL EXTRANJERO

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA. (Barcelona), 1-7 Septiembre 1958. Presidente: Dr. Ramón Sarró. *Secretaria: Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina.* Casanova, 143 - Barcelona Se celebrará en Barcelona del 1º al 7 de septiembre de 1958, organizado por la *Sociedad Española de Medicina Psicomática y Psicoterapia,* con la colaboración de todas las Asociaciones y Escuelas Científicas de Psicoterapia, así como de los psicoterapeutas independientes. El tema central del Congreso será: *Psicoterapia y análisis existencial.* Esta elección de tema ha sido realizada teniendo en cuenta que si bien se debe al Psicoanálisis el máximo progreso que ha realizado la Medicina psicológica de todos los tiempos, en la actualidad cada vez se hace sentir más intensamente la necesidad de su enfrentamiento con otras concepciones del hombre, entre las cuales la más importante ha sido, sin duda, la que deriva de *Kierkegaard* o antropológica existencial. El objeto del Congreso será estudiar sus eventuales posibilidades psicoterápicas en todas sus dimensiones.

El Comité Organizador anuncia que, además de las Reuniones generales dedicadas a las Ponencias, ha sido previsto un número elevado de Sesiones especiales sobre las cuestiones de mayor importancia y actualidad en Psicoterapia.

Hasta ahora han sido propuestas y se hallan en vías de organización las siguientes Secciones: Psicoterapia desde el punto de vista Antropológico Cultural. Influencia de la Psicología Oriental sobre la Psicoterapia contemporánea. Psicología Clínica. Historia de la Psicoterapia. Psicoterapia Psicoanalítica. Psicodrama. Psicoterapia Infantil. Hipnosis y Técnicas de Relajación. Psicoterapia de los trastornos psicosomáticos. Psicoterapia de las psicosis. Criterio de la psiquiatría clínica ante la orientación antropológica. Psicofarmacología y Psicoterapia. Psicoterapia y Religión. Psicoterapia y Visitación Social. Revisión del caso Schreber.

Se consagrará una sesión a la constitución de la Asociación Internacional de Psicoterapeutas.

Las Ponencias serán traducidas simultáneamente a los idiomas oficiales del Congreso, que son: español, inglés, francés y alemán.

Comunicaciones científicas: Su duración se ha fijado en 20 minutos como máximo. El Comité Organizador las agrupará en secciones afines.

Las Actas del Congreso serán publicadas por "Acta Psychotherapeuta, Psychosomatica et Orthopaedagogica".

La participación al Congreso, está reservada:

A) A todos los médicos.

B) A aquellas personas no médicos, que sean miembros de una Sociedad de Psicoterapia reconocida en su país, o que hayan sido avaladas por escrito por un miembro de una de estas Sociedades.

Hasta el momento han aceptado colaborar como *Ponentes y Presidentes de Sección:*

BENEDETTI, G.	Suiza	LAIN, P.	España
BOSS, M.	Suiza	LACAN, J.	Francia
BUSTAMANTE, F.	Cuba	LOPEZ IBOR, J. J.	España
CARP, E.	Holanda	MINKOWSKI, E.	Francia
DURAND, Ch.	Austria	NEUMANN, E.	Israel
EY, H.	Francia	ROF CARBALLO, J.	España
FRANKL, V. E.	Suiza	SEGUIN, A.	Perú
Von GEBSATTEL, S.	Alemania	STRAUS, E.	U. S. A.
GERMAIN, J.	España	URBAN, H.	Austria
KAHN, E.	U. S. A.	VALLEJO NAGERA, A.	España
KRETSCHMER, E.	Alemania	ZILBOORG, G.	U. S. A.

INSCRIPCION:

Para los Congresistas	1.000 Ptas.
Para los Agregados o acompañantes	600 Ptas.

Dicho importe deberá ser remitido antes del 30 de abril de 1958 al Banco del Congreso, por cheque postal o por mediación de Wagons Lits Cook.

La inscripción dará derecho:

Al programa definitivo del Congreso.

A la insignia del mismo.

A la asistencia a todas las sesiones científicas.

A la recepción de los Excmos. Ayuntamiento y Diputación.

A la fiesta en el Pueblo Español.

A una visita a la ciudad y alrededores.

Y a los actos y visitas que se anunciarán en sucesivos Boletines.

Agencia de Viajes: Wagons Lits Cook.

Alojamiento: Su organización ha sido confiada a la Agencia de Viajes Wagons Litts Cook. Los Congresistas deberán llenar el formulario correspondiente que se adjunta, cursándolo por mediación de cualquiera de las Delegaciones de la Agencia.

Dirección Telegráfica: CIPS.

Cuenta Corriente: Banco Español de Crédito.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA.— Barcelona (España). El Congreso se celebrará en el Palacio Nacional de Montjuich.

REVISTA DE LIBROS

HERNÁN QUIJADA: "*Consideraciones psicoanalíticas sobre partos distocicos*". Editorial Paz Montalvo. Madrid, 1957.

Este interesante libro consta de tres partes correlacionadas. En la primera se ocupa con una interpretación dinámica de las reacciones uterinas durante el embarazo y el parto empleando el concepto de dominante (tendencia innata base de la estructura de la personalidad) enmarcada dentro de los estudios psicoanalíticos. Estas consideraciones toman como base la historia clínica de una mujer joven con antecedentes neuróticos y de varios partos distócicos. Sometida al tratamiento psicoanalítico se logra un parto normal. En este caso se supone que los conflictos giraban en relación a tendencias agresivas dirigidas hacia el vientre materno y fantasías de incorporación oral. Existía así mismo agresividad hacia los hijos —con los que la paciente se había identificado. Los fuertes dolores uterinos que presentaba la enferma son interpretados como una defensa inconsciente contra la agresividad. Este caso muestra la utilidad del análisis en las distocias. A fin de interpretar los trastornos de la dinámica cervical uterina se apela a una fecunda correlación entre los puntos de vista reflexológicos y psicoanalíticos. En la segunda parte, se estudia los intercambios materno-fetales. El autor considera que no hay derecho para menospreciar psicológicamente la vida dentro del útero. El feto podría reaccionar in utero frente a la agresividad materna, siendo estas influencias maternales nocivas la base de futuros trastornos psicosomáticos en el recién nacido (¿Hipertrofia pilórica funcional?). Termina con acertadas consideraciones psicoanalíticas sobre el parto sin dolor. Además de los temas principales anotados, el autor expone multitud de ideas sugestivas sobre reflexología y el significado de las funciones reproductoras de la mujer, contenido que hace particularmente interesante el volumen que comentamos para los obstetras, endocrinólogos y, especialmente, para el psiquiatra y psicólogo.

REVISTA DE REVISTAS

PLASTICIDAD DE LA PERSONALIDAD INFANTIL

YAN STEVENSON: *"Is the human personality more plastic in infancy and childhood?" (¿Es la naturaleza humana más plástica en la infancia?)*. American Journal of Psychiatry. 114: 152-161, 1957.

En este trabajo el autor discute el supuesto, corrientemente aceptado, de que la personalidad es más plástica en la infancia que en la adultez. No existen pruebas suficientes que señalen una relación estrecha entre los métodos de crianza y la personalidad ulterior. Las tensiones psicológicas importantes tienen efectos tan marcados en el adulto como en el niño, en algunos casos mayores en el primer grupo de edad. Se ha observado importantes cambios de la personalidad después de la niñez, incluyendo la desaparición de marcados desórdenes psicopatológicos. Por otro lado, niños criados de acuerdo a los mejores métodos no muestran una inmunidad mayor frente a las enfermedades mentales que los niños criados diferentemente. Así mismo, niños criados bajo condiciones aparentemente peligrosas o inconvenientes no desarrollan trastornos psicológicos necesariamente. Los argumentos señalados y muchos otros, indican que en el momento actual la hipótesis de la mayor susceptibilidad o vulnerabilidad durante la época de la infancia no puede demostrarse o negarse. Este artículo polémico es de importancia frente a la opinión sostenida corrientemente del efecto fatal e irremediable de las experiencias infantiles en la estructuración de la personalidad, que ciertamente peca de desmesurado.

E. Majluf.

FOBIAS ESCOLARES

LEÓN EISENBERG: *"School phobias a study in the communication of anxiety"*. (Fobia a la escuela: un estudio en la comunicación de la ansiedad). American Journal of Psychiatry: 114: 712, 1958.

Valiéndose del método de la observación directa de la interacción entre los niños y sus padres el A. estudia el problema de los pequeños que temen ir a la escuela. En la mayor parte de los casos investigados el problema nuclear estaba en la relación del niño con su madre. El resultado de estos estudios señala que la fobia a ir a la escuela debe incluirse entre las variantes de la ansiedad de separación. La configuración de las fuerzas psicológicas que generan esta ansiedad podría, en resumen, describirse de la siguiente forma. Se trataría de padres que tienen una actitud (reactiva) de sobre protección frente a sus hijos, que daría lugar a una vinculación excesiva del niño a sus progenitores lo que a su vez suscitaría nueva hostilidad, creándose un círculo vicioso. Esta atmósfera sobresaturada se precipita por cualquier situación que despierte ansiedad: enfermedad, cambio de escuela, maltratos por parte de

los maestros, dando lugar a una marcada ansiedad en el niño que dificulta que pueda adaptarse a la escuela y que es mantenida por la actitud ambivalente de los padres (madre especialmente) quienes favorecen el temor morboso por su actitud indecisa. La aprehensión de la madre (a través de sus gestos y actitudes) es transmitida al niño. La actitud contradictoria y poco segura de los padres hace que la adaptación del niño a la escuela se haga difícil y se genere la ansiedad de separación a que hemos hecho referencia. El corolario terapéutico es ineludible: insistir tenazmente que el niño vuelva a la escuela a fin de evitar el efecto paralizante cada vez mayor de la fobia. Es innecesario añadir, que si no se realiza un tratamiento simultáneo de los padres todos nuestros esfuerzos terapéuticos pueden fracasar.

E. Majluf.

PSICOTERAPIA DE LA FAMILIA

N. W. Ackerman: *"Toward an integrative therapy of the family"*. (Hacia una terapéutica integral de la familia). American Journal of Psychiatry, 114: 727, Febrero, 1958.

El autor en primer término considera las limitaciones de la psicoterapia individual, que ateniéndose a la economía interna no conceptualiza los problemas de la personalidad total en la organización e integración con las tareas de la vida en grupo. Afirma que la salud y la enfermedad son funciones de la interrelación del organismo y su ambiente. La familia sería la unidad básica de la experiencia humana. Sería indispensable ampliar las dimensiones del diagnóstico de tal manera que se logre la unidad de la evaluación del individuo dentro de su grupo familiar. Es necesario evaluar la patología familiar tanto en el tratamiento de los niños como de los adultos. La tarea del diagnóstico familiar sería la de vincular la persona, la familia, la comunidad y la cultura. (En anteriores publicaciones el autor ha desarrollado extensamente esta técnica, siendo necesario referirse a ellas para una cabal interpretación). Analiza seguidamente una serie de circunstancias en que únicamente la consideración de la patología familiar puede permitir una adecuada interpretación y tratamiento: 1) La primera persona referida al psiquiatra puede ser considerada como un "síntoma" de la perturbación de la homeostasis familiar; 2) La frecuente ocurrencia de varios casos psiquiátricos en el seno de una misma familia; 3) De como la conducta enfermiza de un miembro de la familia se interrelaciona con igual conducta de otros miembros y se refuerzan mutuamente; 4) Conflictos en la vida familiar pueden hacer que los síntomas de un psiconeurótico no sean más tolerados y se haga necesaria la intervención del psiquiatra para su tratamiento. Finaliza este interesantísimo artículo con importantes consideraciones sobre la manera de manejar la situación familiar a fin de lograr un tratamiento integral del paciente.

E. Majluf.

ENCOPRESIS

J. Duhamel et al.: *"A propos de 33 cas d'encopresis"*. (A propósito de 33 casos de encopresis). Archives Francaises de Pediatrie: 14, 1957.

Los autores entienden por encopresis toda defecación involuntaria que sobreviene en un niño que sobrepasa la edad de dos años, que no presenta ningún compromiso evidente del sistema nervioso. Esta definición preliminar

les permite delimitar el problema y seleccionar su material, que incluye 23 observaciones tomadas en un servicio de psiquiatría infantil (Prof. Heuyer) y 10 de un servicio pediátrico (Prof. Debré). 31 niños y 2 niñas, todos de un nivel mental normal. Luego de estudiar la clínica y las condiciones etiológicas de la encopresis, concluyen que es un trastorno fundamentalmente psicológico. Ofrecen una interesante clasificación de la encopresis en tres tipos de acuerdo a la psicodinamia fundamental: a) tipo infantil (infantilismo, falta de maduración); b) tipo infantil regresivo y c) tipo esténico (traduce una protesta activa). Reconocen así mismo la existencia de factores no psicológicos que pueden desencadenar la encopresis: actos quirúrgicos sobre la región anal, procesos diarreicos, etc.) y que es necesario corregir antes de iniciar la psicoterapia.

E. Majluf.

DESVIACIONES NORMALES DE LA REALIDAD

CLAUDE C. BOWMAN: *NORMAL DEVIATION FROM REALITY.*— The American Journal of Psychiatry, Vol. 114 Nº 5, Nov. 1957. pag. 439-433.

Se plantea una interesante discusión del concepto de realidad y de las desviaciones normales de esta en la presente vida social y el propósito útil que merecen dichas desviaciones. El autor no participa con la idea de que una buena salud mental debe estar basada sobre concepciones realisticas del ambiente que nos rodea y de uno mismo. El piensa que los individuos y los grupos sociales desarrollan normalmente prejuicios consistentes con sus propósitos y normas. Esta tendencia comprende elementos irreales; pero según el articulista, favorecen la salud mental y el desarrollo de una moral alta en la sociedad.

O. Valdivia.

ESTIGMATIZACION HISTERICA

JOSEPH E. LIFSCHULTZ: *HYSTERICAL STIGMATIZATION.*— The American Journal of Psychiatry. Vol. II. Nº 6. Dec. 1957. Pag. 527-531.

El presente artículo es un interesante estudio psicodinámico del fenómeno de la "estigmatización" psicopatológica. Con un breve análisis de los alcances de la palabra "estigmatización" el autor hace una breve reseña histórica y comentario sobre algunos casos de "estigmatización" aparecidos tanto en el campo religioso como en el netamente psiquiátrico. Después de una breve revisión de la vida de San Francisco de Asis en relación a este fenómeno de la "estigmatización", se hace un análisis del caso de Teresa Neumann; haciendo resaltar los síntomas histéricos de su personalidad y los antecedentes psicóticos aún antes de su "estigmatización".

Como ejemplos de "estigmatización" fuera del éxtasis religioso el autor se refiere a casos que presentaron estos signos durante el tratamiento psicoanalítico.

Aceptando las interpretaciones clásicas que sobre "estigmatización" hacen Fenichel y Ferenczi, el articulista piensa que histeria y "estigmatización" histérica parecen ser psicopatológicamente entidades donde la conversión de los impulsos sexuales están algo más cuidadosamente disfrazados que en aquellos casos ocurridos en los monasterios medioevales.

O. Valdivia.

PRIVACION SENSORIAL

PHILIP SOLOMÓN, P. HERBERT LEIDERMAN, JACK MENDELSON y DONALD WEXLER: *SENSORY DEPRIVATION*.— The American Journal of Psychiatry. Vol. 114, Nº 4, Oct. 1957. Págs. 357-363.

Las autobiografías de los exploradores y los informes de náufragos e individuos que por ciertas circunstancias quedaron aislados del mundo de interrelación por varios meses, nos ponen de manifiesto como estos estados, de objetiva soledad, determina la presencia de síntomas mentales. Ultimamente fue puesto en evidencia que los prisioneros de guerra sometidos al famoso proceso del "lavado cerebral" (brain washing) sufrían igual suerte. Pensando en que la pobreza objetiva de estímulos sensoriales o perceptivos y la sensación real de soledad fuesen factores importantes en la aparición de síntomas mentales; una serie de investigadores han empezado a explorar estos fenómenos experimentalmente. El presente trabajo es una versión crítica de algunos informes autobiográficos, sobre situaciones ambientales de "stress", del famoso proceso del "brainwashing" y de algunos estudios expeiimentales. Parece ser claro, para los autores, que además de muchos otros factores que actúan en estas situaciones es evidente que el equilibrio o estabilidad mental del hombre depende de un adecuado contacto perceptivo con el mundo que le rodea. Las observaciones en casos de falta de estímulos sensoriales han mostrado los siguientes síntomas: intenso deseo de estímulo sensorial extrínsico y actividad corporal, aumento del grado de sugestibilidad, desórdenes del pensamiento, sensación de opresión y depresión; en casos extremos se ha llegado a registrar alucinaciones, delusiones y confusión. Aunque las observaciones referentes a los cambios de la conducta humana por falta de estímulos sensorial datan de muchos años atrás; los estudios experimentales en este campo están dando interesantes resultados que pueden contribuír al mejor conocimiento de los modelos de conducta del hombre tanto en condiciones de normalidad como en situaciones de emergencia.

O. Valdivia.

AZACYCLONOL EN LAS PSICOSIS

SAAVEDRA, A.: *Tratamiento de las psicosis sintomáticas con azacyclonol.* Rev. Neuropsiquiat. 20: 359-392, 1957.

Se empleó el azacyclonol en dosis de 300-600 mgs. diarios, por vía oral, en 9 pacientes que sufrían psicosis exógenas. Los resultados fueron excelentes en 8 casos.

R. Jeri.

MEPROBAMATO EN PSIQUIATRIA

CARAVEDO, B.: *El meprobamato en psiquiatría. Rev. Neuropsiquiat.* 20: 393-400, 1957.

El autor recomienda el meprobamato en las neurosis de ansiedad y de conversión, en ciertos problemas de comportamiento de los niños, al comienzo del tratamiento del alcoholismo y en ciertos desórdenes convulsivos.

R. Jeri.

APLICACIONES DE LA BENACTIZINA

CUNZA, J. L.: *Aplicaciones de la benactizina en psiquiatría.* Rev. Neuropsiquiat. 20: 401-411, 1957.

La benactizina resultó útil en las depresiones. Los efectos fueron pobres en las neurosis ansiosa, conversiva y obsesiva.

R. Jerí.

ESTIMULANTES CENTRALES

LUZA, S.: *Los estimulantes centrales y sus indicaciones en psiquiatría.* Rev. Neuropsiquiat. 20: 412-419, 1957.

Las drogas estimulantes derivadas de la piperazina y de la oxazina fueron beneficiosas en ciertos tipos de depresión. Se estudiaron 42 enfermos. Algunas perturbaciones emocionales del lenguaje y ciertas alteraciones del caracter (eyaculación precoz) pueden ser convenientemente modificadas con los estimulantes.

R. Jerí.

CLORPROMACINA Y ALCOHOLISMO

ALMEIDA, M. A.: *Empleo de la clorpromacina en el alcoholismo.* Rev. Neuropsiquiat. 20: 306-342, 1957.

Se describen los efectos de la clorpromacina en un grupo de 59 alcohólicos. Al comenzar el tratamiento 30 estaban en estado de intoxicación patológica, 16 presentaban síntomas post-alcohólicos y 13 sufrían de psicosis alcohólicas. Los resultados fueron satisfactorios para los síntomas de excitación, insomnio, ansiedad, náuseas y vómitos.

RESERPINA Y PSICOSIS

JERÍ, R.: *Experiencias con la reserpina en el tratamiento de algunas psicosis endógenas y sintomáticas.* Rev. Neuropsiquiat. 20: 343-358, 1957.

Un grupo de enfermos psicóticos fueron tratados solamente con reserpina, durante períodos de tiempo que variaban de 1 a 24 meses, empleando la escala de comportamiento del Hospital Víctor Larco Herrera para evaluar los resultados y siguiendo la evolución de los enfermos hasta por tres años. La droga tiene acción limitada en las psicosis, que se circunscribe a ciertas manifestaciones sintomáticas pero que no llega a modificar los disturbios psicopatológicos primarios. Se comprobaron cierto número de fracasos y algunas peligrosas reacciones secundarias. Dos muertes han sido atribuídas a la asociación de reserpina con tratamiento electroconvulsivante y electronarcosis. Tambien se han observado serias hemorragias gastroentéricas.

CLORPROMAZINA EN PSICOTICOS

CHICATA, M. A.: *La clorpromacina en las psicosis endógenas.* Rev. Neuropsiquiat. 20: 280-295, 1957.

En este trabajo se usó la clorpromacina sola o asociada a tratamientos de choque en 45 esquizofrénicos y 9 maniaco-depresivos. Cuando la enfermedad esquizofrénica tenía una duración menor de una año, los resultados fueron los siguientes: remisión completa 80%, remisión social 9.9%, sin mejoría 4.8%.

En los casos de más de un año de enfermedad las cifras fueron respectivamente 37.5, 54.1 y 8.3%. Todos los maniacos mejoraron en 1-3 meses.

NEUROSIS Y FENOTIAZINA

CANO, A.; FELIPA, ELSA & ESCOBAR, M.: *Clorpromacina en las neurosis.* Rev. Neuropsiquiat. 20: 296-305, 1957.

Un grupo de 106 neuróticos ambulatorios fue tratado mediante clorpromacina por vía oral, en dosis que fluctuaban entre 100 y 1.200 mgs. diarios. Se clasificaron los resultados en la forma siguiente: remisión total 28%, remisión parcial 26%, sin remisión 36%, se perdieron 10%. Los mejores efectos fueron observados en la histeria de conversión y en los desarrollos paranoides.

R. Jeri.

ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

JERÍ, R.: *Factores etiológicos en el alcoholismo.* Rev. Sanid. Policia 17: 427-436, 1957.

El artículo se basa en la investigación de 168 pacientes referidos a un servicio psiquiátrico de un hospital general o al consultorio particular del autor. Los cuadros clínicos predominantes fueron: alcoholismo crónico (12.0%), intoxicación patológica (13.7%), delirium tremens (12.5%), dipsomanía (10.7%). 161 pacientes eran hombres y 7 mujeres, lo que confirma la considerable proporción de varones en esta adicción. La mayor parte correspondían a los estratos inferiores de la sociedad y eran de raza mestiza. El 72.6% eran provincianos y habíanse trasladado de un ambiente rural o serrano a los suburbios clandestinos de Lima, donde las condiciones sanitarias y sociales eran definitivamente inferiores a las regiones de origen. El desplazamiento desde un nivel cultural relativamente primitivo, pero con intensos vínculos comunales a un arrabal misérrimo y asocial, desempeñó probablemente cierto rol en la génesis del alcoholismo y de la delincuencia. Aparte de la frecuente asociación de crímenes en estado de embriaguez, las investigaciones han señalado que la mayor parte de delincuentes proceden de los barrios de los extramuros de la ciudad. Sin embargo, muchos alcohólicos tienen perturbaciones psiquiátricas. En esta serie el 20.8% eran psicópatas, el 16.1% neuróticos y el 14.4% psicóticos. Pequeños porcentajes de alcohólicos presentaban epilepsia, depresión involutiva, cisticercosis cerebral y neoplasias intracraneales. Los alcohólicos de las clases acomodadas son casi invariablemente individuos con severos disturbios psicológicos pre-adictivos. El alcoholismo en el Perú es un serio problema. Contribuyen a su producción factores psicológicos, sociales, étnicos, geográficos, religiosos y económicos. Es indispensable por tanto investigación y tratamiento multidimensional.

TOXICOLOGIA DE LA CLORPROMACINA

ENCINAS, E. & PALACIOS, OLGA: *Cambios orgánicos en el curso de un tratamiento por clorpromacina.* Rev. Neuropsiquiat. 20: 243-279, 1957.

En un grupo de enfermos sometidos a tratamiento intensivo con dosis muy elevadas de clorpromacina hubo que lamentar el deceso de tres casos. Este trabajo se basa en los estudios anatómicos realizados en uno de los cadáveres. Se trataba de un paciente esquizofrénico de 27 años de edad que fué

tratado con 6.800 mgs. diarios de clorpromacina durante 10 días. Después de un período de descanso, se reanudó el tratamiento con 2.700 mgs. cada 24 horas, hasta la muerte, que se produjo al 8º día. La autopsia se realizó 18 horas después del fallecimiento. A simple vista se observó que los pulmones estaban marcadamente congestionados. El hígado, los riñones y el bazo estaban considerablemente edematosos. Se encontraron también extensos hematomas en el intestino delgado y grueso. Las meninges mostraban marcada congestión y abundante líquido sero-sanguinolento al corte. A la inspección microscópica se comprobó que las meninges estaban edematosas, infiltradas con pigmento obscuro. Los vasos meningeos presentaban hiperplasia de la pared e infiltración con linfocitos y células plasmáticas. Se notaba retracción de las paredes, ensanchamiento de los espacios de Virchow-Robin y otros cambios en los vasos corticales. Uno de los cambios más llamativos era la existencia de un pigmento azul obscuro o negro en las células adventiciales. Las alteraciones del parénquima nervioso consistían en aclaramientos corticales dispersos, cambios isquémicos en las neuronas de la corteza y de los centros nerviosos y activa reacción oligodendrogliótica. El hígado presentaba graves alteraciones patológicas. Existían numerosas dislocaciones cerca de los espacios porta y de las venas centrolobulillares, consecutivas a necrosis esteátosica extensa. Todas las células hepáticas presentaban impregnación grasosa, cambios pulverulentos en el protoplasma y picnosis nuclear. En los espacios porta eran visibles disturbios considerables, que consistían en hiperplasia conectiva reactiva, graves alteraciones en las paredes de las arterias hepáticas y formación de neocapilares con turbidez degenerativa. El bazo estaba edematoso y presentaba cambios degenerativos en los senos marginales así como en la pulpa roja y blanca. En los riñones se visualizaba congestión glomerular, hiperplasia de la cápsula de Bowman, degeneración fibrosa de los glimérulos, congestión capilar y cambios degenerativos en los tubos rectos y contorneados. Los pulmones tenían los signos del edema agudo que causó la muerte del enfermo. Los autores concluyen diciendo que los cambios masivos, agudos y degenerativos del hígado fueron las modificaciones primarias. Las alteraciones patológicas encefálicas y vasculares fueron probablemente secundarias al fracaso de las funciones antitóxicas del hígado. Este artículo está magníficamente ilustrado con 52 microtografías en blanco y negro y constituye uno de los mejores estudios patológicos de la toxicología de la clorpromacina.

R. Jerí.

PSIQUIATRIA DE LA GRIPE

JERÍ, R.: *Nota sobre los disturbios psiquiátricos de la influenza.* Rev. Sanid. Policía 17: 243-253, 1957.

El cuadro clínico de la influenza asiática se caracteriza por cefalea, malestar general, dolores musculares, fiebre elevada, decaimiento considerable, tos seca al principio, luego productiva, epixtasis, náuseas, vómitos y somnolencia. El autor presenta 17 historias clínicas de enfermos que tuvieron complicaciones mentales. Dichas perturbaciones se presentaban: (a) coincidiendo con el acmé febril, (b) al declinar la temperatura o (c), en el período de convalescencia. Los síntomas psíquicos variaban considerablemente pero podían agruparse en tres categorías: (1) delirios confusionales con alucinaciones hipnagógicas, visuales, hápticas o cenestésicas, acompañadas de perturbaciones afectivas en el sentido de ansiedad, pavor, irritabilidad, labilidad afectiva, depresión o fobias; (2) estados de estupor con marcadas alteraciones del sueño, tales como somnílocua, inversión del ritmo (somnolencia diur-

na e insomnio nocturno), ensueños terroríficos, agripina, hipersomnia o coma vigil con amnesias anterógradas o lacunares que abarcaban de 3 a 6 días; (3) reacciones post-gripales neurasteniformes, caracterizadas por extrema fatigabilidad física y mental, irritabilidad, intensa cefalea (que en ciertos casos hizo pensar en hipertensión endocraneana), sensibilidad a la luz y a los sonidos, náuseas, anorexia e insomnio. Las perturbaciones delirantes y estupurosas duraban pocos días y por lo general coincidían con el cuadro febril. Los síndromes neurasténicos eran más frecuentes en la convalescencia y se extendían hasta varias semanas después de haber desaparecido la fiebre. No se comprobó relación entre los síntomas respiratorios y las perturbaciones mentales, es decir que la existencia de alteraciones psíquicas no implicaba complicación neumónica o bronconeumónica, como se ha descrito en pandemias anteriores. El autor tiene la impresión de que las complicaciones respiratorias graves no han sido observadas en considerable proporción de casos entre nosotros. Tampoco se halló concordancia entre la gravedad del cuadro gripal y complicación mental. Algunos enfermos que tuvieron una fase infecciosa leve desarrollaron cuadros neurasteniformes invalidantes. Sin embargo, durante el acmé de la fiebre la mayor parte de pacientes estaban obnubilados o estupurosos. Ha existido frecuente asociación entre el episodio delirante o hipersómnico y la reacción neurasténica: la mayor parte de enfermos desarrollaron el cuadro neurótico después de una etapa psicótica aguda (confusión, delirio o estupor). En consecuencia, el autor atribuye los síntomas mentales a compromiso directo y precoz del cerebro por el virus gripal. El asalto sobre el sistema nervioso se observa al comienzo de la enfermedad, a veces constituye los pródromos de la afección y antecede a la fiebre. El virus produciría lesiones cerebrales extensas y transitorias (delirios) que se resolverían lentamente (neurastenia), en forma similar a lo que sucede con el traumatismo cerebral, en sus fases de delirio traumático (estado conmocional) y de síndrome post-conmocional (demencia neurasteniforme post traumática). Es posible que el virus tenga afinidad por la corteza cerebral, lo que explicaría los síntomas delirantes, pero también atacaría intensamente las estructuras basales, ocasionando profundas alteraciones del sueño, semejantes a las observadas en la encefalitis letárgica. Las perturbaciones psíquicas son generalmente benignas y transitorias. El cuadro más duradero es el de la neurastenia, que se ha visto prolongarse por más de seis semanas, pero finalmente se obtiene una recuperación completa. La fugacidad de los síntomas indica que, a pesar del considerable neurotropismo del virus. la acción neuronolítica es probablemente escasa. No debe olvidarse sin embargo que afecciones virales aparentemente leves pueden ocasionar, en ciertos casos y después de un periodo de tiempo considerable, graves secuelas neurológicas. Así sucede por ejemplo con la encefalitis letárgica no epidémica, que es la que ha prevalecido en el mundo después de 1925, cuyo comienzo es tan poco alarmante que generalmente pasa desapercibido, pero 10 a 20 años después produce síndromes extrapiramidales graves e irreversibles. Es poco probable que el virus gripal produzca perturbaciones de dicha naturaleza, pero será imprescindible una observación prolongada de los enfermos para poder designar las complicaciones tardías. En opinión del autor el virus de la epidemia de 1957 tiene mayor neurotropismo que el de la pandemia de 1918-1919. Se ha establecido también que la complicación psicológica está de acuerdo con la personalidad pre-mórbida; es mucho más frecuente en individuos con rasgos psicopáticos o neuróticos; en cambio, los enfermos psicóticos que enfermaron de gripe, no mostraron agravación de sus manifestaciones psicopatológicas durante el período infeccioso o en la convalescencia. En la presente serie no se han notado alteraciones ma-

níacas pero sí se han visto delirios con agitación psicomotríz y alucinaciones minúsculas y terroríficas, semejantes a las que se observan en el delirium tremens.

JORGE THENON: *Electrochoque Monolateral. Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina*, 2: 292-296, 1956.

El autor presenta una variación técnica del electrochoque consistente en aplicar los electrodos sobre la zona 4 de un solo hemisferio, de preferencia el no dominante, presumiendo que con esto disminuirá el posible daño material del cerebro por la corriente eléctrica. Partió de los hallazgos de Amantea y Clementi sobre la propagación neuronal universal de una onda hipersincrónica desde cualquier región de la corteza cerebral. Las crisis convulsivas se han producido en general con 70 voltios en 2 segundos. Relata varios casos de los muchos presentados al I Congreso Argentino de Psiquiatría, habiendo observado como hechos constantes los que siguen: 1) Es posible obtener una convulsión completa actuando sobre un solo hemisferio, reduciendo así la zona expuesta al impacto eléctrico. 2) Desde cualquier zona cortical, es posible determinar una crisis convulsiva general. 3) El acceso se asemeja al de Bravais-Jackson y luego se generaliza a la manera del acceso epiléptico común del gran mal. 4) Actúa primero el hemisferio alcanzado, luego ambos, y por último se advierte una excitación residual procedente del hemisferio opuesto, no alcanzado por la corriente. 5) Actúa un foco primario y otro secundario sincrónico. Moruzzi ha probado que la excitación se propaga primero al área homóloga del lado opuesto, por vía callosa. Ha visto en algún caso que el centro secundario se anticipa al foco primario un brevísimo período de tiempo. En el curso del acceso se observa la alternancia en la acción de los hemisferios, tanto para los miembros superiores como inferiores. 6) Es frecuente la "after-discharge", es decir una acción final del hemisferio opuesto. Al comienzo del acceso prevalece el hemisferio alcanzado, y al terminar, el opuesto. 7) No se produce el brusco opistótonos del choque común, ni la súbita elevación del tren inferior. Ello es substituido por la conversión en arco en el sentido contralateral y en el plano del decúbito. De ese modo se excluye el peligro de las fracturas y no se requiere el uso de drogas anticonvulsivantes. 8) El trismus es menos violento, no es necesario separar las arcadas dentarias. 9) La apnea es menos intensa y duradera. 10) La confusión es mínima, lo mismo que la amnesia: el enfermo responde a las preguntas desde el principio del período postaccesional. 11) La acción sobre el hemisferio no dominante es de elección, pudiéndose obtener una crisis completa, desde cualquier lugar de la corteza". No se habría aún demostrado las ventajas del nuevo método desde el punto de vista terapéutico; pero evidentemente introduce una variación que puede ser muy importante si el presunto daño cerebral por el electro-shock se debe a la acción local de la corriente y no a los bruscos cambios consecutivos al ataque mismo.

F. Sal y Rosas.

PSICOLOGIA DEL INDIO PERUANO

MENDEZ ANGELES, WILLIAM HUMBERTO: *Mancos, una comarca andina de la Cordillera Blanca (Enfoque Geocosmo-Sociobiológico)*. Tesis Bach. Med., pp. 129, fig. 33, Lima, 1957.

El autor hace una descripción geográfica y social de la localidad de Mancos, en la Cordillera Blanca del norte del Perú, zona situada entre los 1800 y 4500 metros de altitud. Con respecto a la biotipología distingue dos

grupos: (a) el hombre de las Jalkas dominado por el omnipotente medio andino, racialmente más auténtico y quien desde el ancestro vive en las zonas de mayor altitud (jalka y puna), casi bordeando las zonas escarpadas donde asientan los nevados y (b) los Quechuas, Huaylas y Yungas, que comprende a los mestizos que mayormente habitan los pueblos del valle del Santa, sumamente diferenciados de los anteriores por las influencias raciales, sociales y culturales venidas de fuera y que son en cierto modo algo más independientes del medio. El indio del Huaypán, el más característico de este grupo y que habita a 4200 metros de altitud, es predominantemente esquizotímico, con cuatro sub-tipos: (1) El obtuso, impotente afectivo, que presenta falta de vivacidad y reacción psicomotriz defectuosa. Estos sujetos son tranquilos, medrosos, tímidos y dóciles, su iniciativa motriz es muy pobre. (2) El melancólico, que según el autor es así sólo en aspecto "ya que no se pone melancólico por que se entristece, ni por las impresiones suscitantes del medio, sino que es melancólico como rasgo de su personalidad". (3) El irascible, tipo menos frecuente, con fisonomía dura y hierática, "característica de los antiguos monolitos". Si las circunstancias lo permiten llega a ser despótico y cruel. Lo característico de estos individuos sería la reserva constante de irritabilidad, una actitud sistemáticamente hostil y obstinada, una disposición introvertida e insociable. También se hallan sujetos con una conducta austera y recta, con cierta actitud de dignidad y aristocracia. (4) El hipersensible, inclinado especialmente a la erótica romántica, el sentimiento de la naturaleza y la nostalgia. No figuran datos de investigación psicológica o física de grupos de habitantes de Mancos, sin embargo, este trabajo es un sondeo inicial en el gran campo, mayormente inexplorado, de la sociología, antropología y psicología del habitante autóctono de las zonas rurales andinas del Perú.

CENTRENCEFALO Y FUNCIONES CEREBRALES

WALSHE, F. M. R.: *The Brain Stem conceived as the "Highest level" of function of the nervous system; with particular reference to the "Automatic Apparatus" of Carpenter (1850) and to the "Centrencephalic Integrating System" of Penfield.* Brain 80: 510-539, 1957.

Este artículo es una crítica excelente a las recientes tentativas de explicación del funcionamiento del sistema nervioso por "niveles de integración". Carpenter hace un siglo suponía que el tálamo y los ganglios sensoriales tenían rol dominante y los llamaba "el aparato automático". El plan ideado por Penfield y denominado "sistema centrencefálico de integración" es muy semejante. Después de una extensa revisión fisiológica el autor llega a la conclusión de que el concepto de un sistema centrencefálico carece de fundamento científico. Se refiere al uso de palabras, en la descripción de Penfield, que no pueden tener aceptación en descripciones científicas, por ejemplo llamar a la corteza pre-central "estación de camino", a la post-central "estación de escala" o suponer que "el individuo" usa la corteza "sobre una base opcional". Supone que el empleo de este "vago lenguaje vernáculo" se debe a la carencia de una hipótesis basada y elaborada científicamente. Penfield no toma en cuenta los resultados de un siglo de investigación sobre la fisiología cerebral. Tácita pero completamente rechaza el rol de la corteza en el control y síntesis de movimientos y posturas, el concepto del sistema nervioso como un aparato que funciona de modo integral (Sherrington) e ignora las enseñanzas de la neurología clínica sobre las actividades de la corteza sensorial y la corteza parietal posterior.


ALTA (RESUMEN) 24/2/57

NOMBRE E... S... SEXO Femenino EDAD 54 años

OCUPACION Quehaceres domésticos

DIAGNOSTICO AL INGRESO 1) Bronconeumonía aguda 2) Bronquiectasia crónica

EXAMENES DE LABORATORIO

Cultivo de la expectoración -- Staphylococcus aureus (positivo a la coagulasa)

Radiografía de tórax -- Bronconeumonía y bronquiectasia.

TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL

1) Se inicia con una asociación de penicilina y estreptomicina; no hay respuesta.

2) La terapia subsecuente con cloranfenicol es ineficaz. Se instituye, entonces, un tratamiento con Sigmamicina: 500 mg. cada 6 horas, durante 5 días.

RESULTADOS TERAPEUTICOS Mejoría inmediata de los síntomas clínicos. Rápida defervescencia. La radiografía revela la resolución de la neumonía.

RESULTADO FINAL DEL TRATAMIENTO -- Excelente

ALTA

Eficaz en las infecciones rebeldes.. **Sigmamicina*** símbolo de la verdadera actividad sinérgica de amplio alcance... Los dos componentes de la Sigmamicina—tetraciclina y oleandomicina—ejercen acción sinérgica contra una amplia variedad de microorganismos, incluso estafilococos resistentes a los antibióticos. La Sigmamicina es a menudo un arma salvadora en las infecciones resistentes a otros antibióticos. ■ intensifica la potencia terapéutica por la presencia de sinergismo ■ posee el más amplio espectro antimicrobiano conocido ■ domina a los gérmenes patógenos resistentes a otros antibióticos ■ previene la aparición de microorganismos resistentes ■ evidencia una superación en cuanto que es mejor tolerada ■ ofrece un margen de seguridad más amplio

EPILEPSIA
EPILEPSIA

COMITAL

Difenilhidantoína 0,05 gr.

Prominal 0,1 gr.

Difenilhidantoína 0,05 gr.

Luminal 0,05 gr.

Prominal 0,05



Comital
Envases: 10, y 100 tabletas

Comital «L»
Envases: 10, y 100 tabletas



Muestras y literatura a la disposición de los Señores Médicos
SOCOLAN S. A.
Casilla 1065
Lima

EDITORIAL LUMEN S. A.